

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Gilberto Estrela Santiago

FORMAR PRA QUE?

Análise da proposta de politecnia e suas relações com a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS.

Rio de Janeiro

2010

Gilberto Estrela Santiago

FORMAR PRA QUE?

Análise da proposta de politecnicidade e suas relações com a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde

Orientadora: Dra. Monica Vieira
Co-orientadora: Dra. Isabel Brasil Pereira

Rio de Janeiro

2010

S235f

Santiago, Gilberto Estrela

Formar pra que? Análise da proposta de politecnia e suas relações com a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS. / Gilberto Estrela Santiago. – 2010.

169 f.

Orientador: Monica Vieira

Co-orientadora: Isabel Brasil Pereira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Formação Politécnica. 4. Projeto Político-Pedagógico. 5. Brasil. I. Vieira, Monica. II. Pereira, Isabel Brasil. III. Título

CDD 362.1

Gilberto Estrela Santiago

FORMAR PRA QUE?

Análise da proposta de politecnicia e suas relações com a formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS.

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde

Aprovado em 08 / 10 / 2010

BANCA EXAMINADORA

Dra. Monica Vieira – FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto – FIOCRUZ / EPSJV / LATEPS

Dr. Gaudêncio Frigotto – UERJ / PPFH

Dedico este trabalho
À minha família Estrela, Menezes & Santiago;
Aos meus pais,
Especialmente à memória de minha mãe;
À minha companheira, Vânia Cristina;
Ao Vinícius, meu filhinho querido.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho que chamo de meu não seria possível sem a cumplicidade dos vários amigos com os quais compartilhei vinte anos de trabalho no interior da Fiocruz. Desde que cheguei em 1991, pude contar com o valoroso apoio de muitos companheiros. No início com os companheiros do NERHUS na ENSP; a partir de 1993, com tantos outros do Politécnico. A estes companheiros, amigos, cúmplices e parceiros que quero dedicar o meu muito obrigado, por terem me ajudado de maneira muito generosa a perfazer o caminho que me levou ao amadurecimento profissional, acadêmico e, muito especialmente, como sujeito, cidadão, trabalhador e como pessoa humana.

Para destacar este meu momento NERHUS-ENSP, quero agradecer, especialmente, à Neusa Moysés, pelo carinho, generosidade e acolhimento e à minha amiga de tempos antes da Fiocruz Márcia Teixeira, assim como também à Monica Vieira. Esta última companheira de outras viagens, nos muitos trabalhos que também compartilhamos no interior do Politécnico e, atualmente, como minha queridíssima orientadora na produção desta dissertação.

No Politécnico são tantos os amigos, meus cúmplices de todos os dias, que é extremamente difícil destacar alguém em especial sem correr o risco de ser mal interpretado pelos outros colegas. Mas não de entender. Quero inicialmente agradecer a três pessoas: Minha amiga e comadre Márcia Valéria, com quem comecei a construção dos primeiros sonhos politécnicos para os trabalhadores do SUS, ainda nos tempos do NUPTES; ao meu companheiro e irmão de muitas lutas e cúmplice de muitas alegrias, Zé Paulo e a minha amiga de lutas, de vida e de alegrias Isabel Brasil, que atualmente compartilha do trabalho de orientação, não só intelectual, mas da perspectiva que dá sentido a vida. Com certeza realizar este trabalho não só mudou a minha vida, como deu sentido ao trabalho que desenvolvo no interior da EPSJV. Dos amigos que deixaram o Politécnico em busca de outras viagens quero destacar o meu agradecimento ao Maurício De Seta, com quem compartilhei de momentos agradáveis nos quais ele nos reservava sua enorme generosidade. Quero agradecer aos meus companheiros de LABGESTÃO (NDG / NUGES), em particular aos que hoje lá estão, pela paciência, tolerância, compreensão e, acima de tudo pelos incentivos para continuar caminhando. Especialmente à Raquel Moratori, por ter doado preciosos momentos de sua vida na leitura dos primeiros escritos e ao Orbílio, pela amizade, carinho, generosidade e também pela cumplicidade que torna os dias de trabalho mais leve e mais prazeroso.

Neste sentido quero agradecer também a Valeria F. de Carvalho (Companheira do Labform) pela irrefutável disponibilidade e acolhimento, numa difícil etapa deste trabalho quando estava ainda tentando achar o tom, ao escrever as primeiras páginas.

Não poderia deixar de agradecer também aos diretores e às direções com as quais tive o prazer de compartilhar da empreitada que é construir, todos os dias, o Politécnico e a politecnicia: Ao Prof^o Antenor Amâncio; a Prof^a Tânia Celeste; ao Prof^o André Malhão e à Prof^a Isabel Brasil, meus sinceros agradecimentos pela acolhida e pela confiança nestes tempos de trabalho.

Ao Antenor quero agradecer pelo carinho, amizade e pela disponibilidade. E dizer-lhe que estamos juntos e misturados. No início eu no NERHUS-ENSP e ele no Politécnico; atualmente ele no NERHUS-ENSP e eu no Politécnico. Esta é uma ponte fundamental para o que fazemos e construímos.

Agradeço aos meus amigos e companheiros de pós-graduação, pela solidariedade que fizeram com que o caminho e o caminhar tornassem-se mais leve, menos tortuoso, mais seguro e mais feliz.

Aos meus queridos professores que não mediram esforços para, com tamanha generosidade, compartilharem com imensa sabedoria o conhecimento tornando-o uma construção coletiva. Especialmente aos professores Gaudêncio Frigotto e Virgínia Fontes que são puramente doação. Mas quero agradecer ainda a atenção generosa do Gustavo Matta, quando me acolheu e me apoiou integralmente num momento em que eu me encontrava esmilhingüido.

Agradeço muito especialmente aos meus alunos de todos os dias, com os quais eu aprendo quando os ensino.

Aos Professores Gaudêncio Frigotto, Francisco Lobo, Tatiana Vargas e Marise Ramos, membros da banca examinadora, agradeço pela disponibilidade e pela generosidade no pronto atendimento ao aceitar a presente missão.

Agradeço aos meus amigos de fé, meus irmãos camaradas, companheiros de muitas lutas, por caminhar sempre junto, me incentivando e dando força para continuar caminhando e lutando.

Por fim, quero agradecer a Vânia e ao Vinícius, por terem me apoiado e me aturado, mesmo quando eu era só mau humor. Por não terem se importado quando nos finais de semana não tinha diversão, não tinha passeios, nos feriados não tinha viagem, quando eu só sabia dizer não. Mas na verdade o que eu mais queria era oferecer um pouco mais de alegria,

mas para isto, tinha eu que trabalhar, trabalhar, trabalhar, até enfim finalizar esta minha empreitada. A eles, todo o meu carinho e amor.

*“De nada valem as idéias sem homens
que possam pô-las em prática”.*
Karl Marx

RESUMO

A presente dissertação aborda as questões referentes à proposta de formação politécnica no campo da gestão do SUS, presente no Projeto Político Pedagógico da EPSJV. Apresenta o contexto em que esta proposta se insere bem como as concepções teórico-metodológicas que a embasam. Neste intento, trata das questões referentes ao processo de organização do sistema de saúde brasileiro que teve seu modelo hegemônico estruturado a partir de uma base de cunho flexneriano. Discorre sobre a estruturação deste sistema de saúde desde seu início, quando teve sua origem marcada pela implementação das ações do modelo de assistência médica originário da organização das CAP's e dos IAP's, como origem incipiente das ações da previdência social, dentro do projeto de urbanização e industrialização que se caracterizou ao longo do século XX no Brasil. Nele são apresentados os pressupostos que levaram à organização do movimento pela reforma sanitária que culminou com a proposta de reorganização do sistema público de saúde com a institucionalização, no final da década de 80, do Sistema Único de Saúde – SUS. Apresenta uma abordagem sobre o processo de institucionalização do SUS e de seus principais desafios e as possibilidades de sua consolidação no campo da gestão ao longo da década de 90 e os desafios enfrentados após a virada para o século XXI. Aborda a proposta da politécnia na formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão do SUS, buscando explicitar seus limites e possibilidades a partir da identificação dos principais conflitos expressos na análise do processo de conformação do projeto hegemônico de formação dos trabalhadores inspirada numa cultura de base taylorista/fordista. Busca situar como a proposta de politécnia pode repercutir na formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS, dentro de um contexto organizacional marcadamente caracterizado pelas influências do taylorismo/fordismo e as recentes incursões para a implantação de um modelo de organização nos marcos da produção flexível. Nele é explorado o contexto em que se insere a criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, com seus marcos históricos, o processo de construção de sua proposta pedagógica e a formulação dos currículos no campo da gestão, apresentando os limites e possibilidades para a formação no campo da gestão do SUS dentro do contexto da politécnia, buscando apontar questões centrais sobre a proposta de concepção do projeto de formação numa perspectiva integral, crítica e emancipatória contida na formulação dos pressupostos político-pedagógicos da proposta de educação politécnica.

Palavras-Chave: Educação Politécnica. Gestão do SUS. Formação dos Trabalhadores.

ABSTRACT

This thesis addresses questions concerning the proposed polytechnic training in the field of management of the SUS, present in the Pedagogical Political Project of EPSJV. It presents the context in which this proposal fits as well as the theoretical and methodological conceptions that it underlies. In this intent, it deals with questions relating to the procedure of organization of the Brazilian health system that had its hegemonic model structured from a base matrix Flexnerian. It discusses the structure of the health system since its inception, when it had its origin marked by implementation of the actions of the model of the medical care from the organization of the CAP's and IAP's, as a source incipient shares of social security within the urbanization and industrialization project that characterized the twentieth century in Brazil. In it are presented the assumptions that led to the organization of the health reform movement that culminated with the proposed reorganization of public health system in the late 80s, the One Health System - SUS. It presents an approach to the institutionalization process of the SUS and its main challenges and opportunities for consolidation in the field of management over-90s and the challenges faced after the turn of the XXI century. It discusses the proposal of polytechnic training of workers who work in the field of management of the SUS, trying to show its limitations and opportunities from the identification of the main conflicts expressed in the analysis of forming process of the hegemonic project of training of workers inspired by a basic culture Taylorist / Fordist. It intends to place how the polytechnic proposal may influence the formation of mid-level employees working in the field of SUS management, within an organizational context characterized by influences of Taylorism / Fordism and the recent incursions for the implementation of an organizational model within the framework of flexible production. It is explored the context in which it appears the establishment of the Polytechnic School of Health Joaquim Venancio, with its historic landmarks, the building process of its pedagogic proposal and the formulation of educational curriculum in the field of management, showing the limits and possibilities for training in the field of SUS management within the context of polytechnic, pointing central questions about the proposed of conception of the training project in a comprehensive, critical and emancipatory perspective contained in the formulation of political pedagogical projects of the proposed polytechnic education.

Keywords: Polytechnic Education. Management of the SUS. Training of Workers.

LISTA DE SIGLAS

ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
ACE - Agente de Controle de Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AI-5 – Ato Institucional Nº 5
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
AIS - Ações Integradas de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APAC - Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo
AVISA – Agente de Vigilância em Saúde
CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEME – Central de Medicamentos
CENEPI - Centro Nacional de Epidemiologia
CF – Constituição Federal
CGDRHS - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLT - Consolidação das Leis do Trabalho
CNC - Confederação Nacional do Comércio
CNI - Confederação Nacional da Indústria
CNS – Conferência Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASP - Conselho Consultivo de Administração Previdenciária
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
DAB - Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DAQ - Departamento de Aprendizagem e Qualificação
DAS – Direção e Assessoramento em Serviço
DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

DATASUS - Banco de Dados do SUS

DEGES - Departamento de Gestão da Educação na Saúde

DFPC&T - Departamento de Formação Profissional em Ciência e Tecnologia

DFPSS - Departamento de Formação Profissional para o Sistema de Saúde

DNE - Divisão Nacional de Epidemiologia

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Diretoria Nacional de Saúde Pública

EC-29 – Emenda Constitucional Nº 29

EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

ESF - Estratégia de Saúde da Família

FAE - Fração Ambulatorial Especializada

FAPERJ - Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

FAS - Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social

FHC - Fernando Henrique Cardoso

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FSESP - Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GEREST - Projeto de Requalificação Profissional para Recursos Humanos de Nível Médio da Área Administrativa da Rede Hospitalar

GPAB - Gestão Plena de Atenção Básica

GPABA Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

GPSM - Gestão Plena de Sistema Municipal

GTSM - Grupo de Trabalho em Saúde Mental

HGB – Hospital Geral de Bonsucesso

IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAPAS - Instituto de Arrecadação da Previdência Social

IAPB - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Bancários

IAPETEC - Institutos de Aposentadorias e Pensões do Pessoal de Transportes e Cargas

IAPI - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Industriários

IAPM - Institutos de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos

IEP - Iniciação a Educação Politécnica

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional da Previdência Social

INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
JK – Juscelino Kubitschek
LABGESTÃO – Laboratório de Educação Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde
LABMAM - Laboratório de Manutenção de Equipamentos
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
Lei Orgânica de Previdência Social – LOPS
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MARE - Ministério de Administração e Reforma do Estado
MEC - Ministério da Educação e Cultura
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
NAD - Núcleo de Apoio Docente
NDG - Núcleo de Desenvolvimento Gerencial
NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde
NOB – Norma Operacional Básica
NOB-RH - Norma Operacional Básica de Recursos Humanos em Saúde
NSC - Núcleo de Saúde Coletiva
NUGES - Núcleo de Gestão dos Serviços de Saúde
NUPTES - Núcleo de Processo de Trabalho e Educação em Saúde
NURIS - Núcleo de Registro e Informações em Saúde
NUVSA - Núcleo de Vigilância Sanitária
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
PAB – Piso da Atenção Básica
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAETEC - Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico
PALOP - Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
PALTEX - Programa de Ampliação de Livros-Textos
PARES - Programa de Apoio à Reforma Sanitário
PBVE - Programas Básicos de Vigilância Epidemiológica
PBVN - Programas Básicos de Vigilância Nutricional
PBVS - Programas Básicos de Vigilância Sanitária
PBVST - Programas Básicos de Vigilância Saúde do Trabalhador

PDI - Plano Diretor de Investimentos
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PDV – Programa de Demissão Voluntária
PEC - Programas de Expansão de Cobertura
PFB - Programa de farmácia básica
PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPA - Programa de Pronto Atendimento
PPI - Programação Pactuada Integrada
PPP – Projeto Político Pedagógico
PPREPS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Prev-Saúde - Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROFAE - Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROFORMAR - Programa de Formação de Agentes Locais de Saúde
PRÓ-RURAL - Programa de Assistência ao Trabalhador Rural
PROVOC - Programa de Vocação Científica
PSF - Programa Saúde da Família
PTCC - Projeto Trabalho, Ciência e Cultura
RADIS - Reunião, Análise e Difusão de Informações sobre Saúde
RETS - Rede Internacional de Técnicos de Saúde
RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS
RH – Recursos Humanos
ROREHS - Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde
RPA – Recibo de Pagamento de Autônomos
SEE - Secretaria Estadual de Educação
SENAC - Serviço Nacional de Aprendizagem dos Comerciantes
SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem dos Industriários
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SESC - Serviço Social do Comércio
SESI - Serviço Social da Indústria
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SIA-SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH-SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SINPAS - Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social
SMBES - Secretarias Municipais de Bem Estar Social
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SNABS - Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde
SUCAM – Superintendência de Campanhas
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
SVS – Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde
TI - Trabalho de Integração
UCA - Unidade de Capacidade Ambulatorial
URSS – União das Republicas Socialistas Soviéticas
VIGISUS – Projeto de Vigilância em Saúde do SUS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO	19
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 OBJETIVOS	23
1.3 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	23
2 COMO CHEGAMOS AO SUS	26
2.1 CONTEXTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....	26
2.1.1 A emergência da saúde pública e as primeiras experiências no campo da educação profissional.....	27
2.1.2 A institucionalização do modelo médico-assistencial e o sistema S	29
2.1.3 Consolidando a estruturação da saúde pública	38
2.1.4 Incorporação previdenciária dos IAP's – Estatizar para reprivatizar	41
2.1.5 Crise previdenciária e o início das propostas de formação de recursos humanos em saúde.....	45
2.2 AS BASES PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA.....	47
3 A GESTÃO DO SUS E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NO CAMPO DA SAÚDE	56
3.1 A PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO.....	58
3.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS, SEUS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES DE CONSOLIDAÇÃO DA PROPOSTA ORGANIZACIONAL	63
3.2.1 Década de 1990 – A normatização pelas NOB's	63
3.2.2 Os anos 2000 – Mudanças de estratégias com a implementação da NOAS e do Pacto de Gestão	75
4 A QUESTÃO DA POLITECNIA E A PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAMPO DA GESTÃO DENTRO DO CONTEXTO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS	88
5 A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA NUMA CONCEPÇÃO POLITÉCNICA NO CAMPO DA GESTÃO EM SAÚDE	108

5.1 A EPSJV - MARCOS HISTÓRICOS: DA UTOPIA E DA PAIXÃO À MATERIALIZAÇÃO DE SUA PROPOSTA PEDAGÓGICA.....	111
5.2 SEU PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO	130
5.3 OS CURRÍCULOS DOS CURSOS DA ÁREA DE GESTÃO	137
6 PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES PARA A FORMAÇÃO NO CAMPO DA GESTÃO DO SUS NO CONTEXTO DA POLITECNIA.....	146
7 CONCLUSÕES.....	156
REFERÊNCIAS	159

APRESENTAÇÃO

A dissertação foi organizada em cinco capítulos que discorrem sobre as questões referentes à proposição de formação politécnica no campo da gestão do SUS, presente no Projeto Político Pedagógico da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV.

Na introdução apresenta-se o contexto em que se insere a proposta de formação dos trabalhadores do campo da gestão do SUS e as concepções teórico-metodológicas que embasam o estudo.

O primeiro capítulo trata das questões referentes ao processo de organização do sistema de saúde brasileiro que teve seu modelo hegemônico estruturado a partir de uma base de cunho flexneriano. Discorre sobre a estruturação deste sistema de saúde que teve início com as ações do modelo de assistência médica que teve origem com a organização das ações das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP's, dando origem às ações da previdência social e a sua vinculação com o sistema público, dentro do projeto de urbanização e industrialização que se caracterizou ao longo do século XX no Brasil. São apresentados os pressupostos que levaram à organização do movimento pela reforma sanitária que culminou com a proposta de reorganização do sistema público de saúde com a institucionalização, no final da década de 80, do Sistema Único de Saúde - SUS.

O segundo capítulo apresenta uma abordagem sobre o processo de institucionalização do SUS e de seus principais desafios e as possibilidades de sua consolidação no campo da gestão ao longo da década de 90 e os desafios enfrentados após a virada para o século XXI.

O terceiro capítulo aborda a proposta da politécnia na formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão do SUS, buscando explicitar seus limites e possibilidades a partir da identificação dos principais conflitos expressos na análise do processo de conformação do projeto hegemônico de formação dos trabalhadores inspirada numa cultura de base taylorista/fordista. Além disto, este capítulo busca situar como a proposta de politécnia pode repercutir na formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS, dentro de um contexto organizacional marcadamente caracterizado pelas influências do taylorismo/fordismo e as recentes incursões para a implantação de um modelo de organização nos marcos da produção flexível.

No quarto capítulo, é explorado o contexto em que se insere a criação da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, seus marcos históricos, o processo de construção de

sua proposta pedagógica e a formulação dos currículos no campo da gestão. Trata-se ainda das formas e estratégias para a formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão do sistema público de saúde, tomando como referencia a elaboração do Projeto Político Pedagógico - PPP, em 2005.

O quinto capítulo apresenta os limites e possibilidades para a formação no campo da gestão do SUS dentro do contexto da politecnia. Buscando apontar questões centrais sobre a proposta de concepção do projeto de formação numa perspectiva integral, crítica e emancipatória contida na formulação dos pressupostos político-pedagógicos da proposta de educação politécnica.

Por fim, na conclusão, são destacados os apontamentos do estudo sobre as perspectivas da politecnia na formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão do SUS.

1 INTRODUÇÃO

Esse estudo, associado à linha de pesquisa “**Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**”, busca contribuir com a reflexão das tendências da educação profissional e da gestão do trabalho em saúde, à luz da complexa e contraditória relação entre reestruturação produtiva, qualificação do trabalho e educação profissional no contexto de organização do Sistema Único de Saúde.

Partiu-se do pressuposto de que o processo de formação dos trabalhadores da saúde pode traduzir-se num projeto de relevância estratégica para a consolidação e materialização dos princípios e compromissos políticos contidos na proposta organizacional do SUS como possível enfrentamento dos problemas da desigualdade, presentes na realidade social brasileira.

A proposta deste trabalho centrou-se na articulação entre a educação profissional dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e a qualificação do processo de trabalho em saúde. Buscou-se analisar a proposta de formação dos trabalhadores de nível médio que atuam na área da gestão do SUS através da proposta curricular de educação politécnica presente no Projeto Político Pedagógico que orienta a organização dos cursos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV, unidade técnico-científica da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

As questões centrais do estudo são fruto das reflexões sobre o campo da gestão em saúde que acompanham minha trajetória profissional nas últimas duas décadas quando ingressei na Fiocruz e, em especial, na Escola Politécnica. Assim, pertencer ao quadro de professores-pesquisadores do Laboratório de Educação Profissional em Gestão dos Serviços de Saúde – Labgestão / EPSJV, justifica de onde partem minhas inquietações sobre a formação dos trabalhadores que atuam no SUS.

Essas questões reforçaram tanto os meus interesses individuais no desenvolvimento do presente trabalho, por entender que através dele terei como potencializar minha inserção como profissional que atua no campo da gestão do SUS, quanto à possibilidade de contribuir, de forma mais significativa, aos propósitos institucionais da EPSJV voltados à análise da educação profissional em saúde.

A busca da EPSJV em destacar-se como referência na educação profissional em saúde é o que a impulsiona a apoiar a formação no campo da gestão dos serviços de saúde. Sua atuação no campo do ensino tem sido ampliada para além da oferta de cursos, compreendendo

também a produção de currículos, a formulação e disseminação de modelos educacionais e a coordenação em âmbito nacional de programas de ensino em áreas estratégicas para a Saúde Pública. Essas ações vêm sendo desenvolvidas tendo por referência o conceito marxista de politecnia defendido por Demerval Saviani no seminário “Choque teórico da politecnia”, realizado em dezembro de 1987 na EPSJV e que ganha centralidade na formulação que embasa o Projeto Político Pedagógico desta escola.

É neste sentido que, consoante ao projeto político-pedagógico que a orienta, a EPSJV tem direcionado suas atividades de pesquisa e ensino ao objetivo de promover uma formação técnica e ético-política dos trabalhadores da saúde, de modo que a produção e a difusão de conhecimentos nas diversas áreas das ciências se associem aos conhecimentos específicos que estruturam a formação técnica proposta em seus cursos.

1.1 JUSTIFICATIVA

Considerar e identificar os problemas, conquistas e desafios apresentados pela complexidade do campo da gestão do SUS significou sinalizar com possibilidades de promover uma maior aproximação com os diferentes modos e formas de planejar e gerenciar os sistemas e serviços de saúde na busca da implementação dos princípios fundamentais do SUS. Significou, também, apreender particularidades e especificidades que marcavam demandas da área da gestão do trabalho na saúde, as quais abrangem desde a necessidade de formação e qualificação para a gestão dos sistemas locais, passando pela gestão dos processos de trabalho específicos.

Tais aspectos tornaram-se particularmente relevantes quando consideramos que a concretização de um sistema de saúde permeado pela universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção pressupunha a necessidade de profundas transformações das práticas sanitárias, num momento em que estas se revelavam ainda orientadas por um padrão de atenção médico-centrado, burocratizado e pouco resolutivo, cuja permanência e hegemonia no setor implicavam em sérios obstáculos na produção de intervenções significativas nas condições de saúde da população rumo à consolidação dos princípios e diretrizes propostos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Mas o que tornavam estas questões ainda mais críticas devia-se ao fato de que, historicamente, no campo da gestão em saúde a agenda de formação oferecia espaço para a qualificação apenas para aqueles que se encontravam inseridos na alta direção, quando muito

dos profissionais de nível superior, com cursos de especialização propostos por diferentes centros formadores em todo país. Anunciado sempre como um investimento necessário se considerarmos a gestão dos serviços como tema prioritário no debate da Saúde Coletiva, mas que deveria, necessariamente, ser expandido em direção ao conjunto dos trabalhadores do SUS.

A questão que se coloca relaciona-se ao fato de que a transformação dos modos de fazer gestão em saúde não pode ser dissociada do acontecer diário dos serviços, o que remete à relação entre os postos de alta direção e os demais profissionais, em particular os de nível médio, quantidade expressiva da força de trabalho no campo da saúde e, em particular, na gestão dos serviços de saúde. Essa força de trabalho, em sua grande maioria, não possui formação específica para a função, seja ela formal ou não.

O que se aponta neste caso é que por não reconhecer o modo de operar e as estratégias de gestão, esses trabalhadores encontram acentuada dificuldade em atingir os objetivos traçados institucionalmente pela direção dos serviços. Cria-se, assim, uma fragmentação no trabalho da gestão dos serviços de saúde que dificulta a construção e a operacionalização de projetos e planos da organização. Estas questões inscrevem-se nas contradições que tem sido identificadas no campo da gestão em saúde e que fazem com que a ação desses trabalhadores não consiga transformar seu trabalho numa ação autônoma, crítica e reflexiva, o que se contrapõe aos princípios políticos e pedagógicos presentes nos pressupostos da proposta de educação politécnica e às concepções sobre a natureza do trabalho em saúde:

É relevante destacar que o trabalho em saúde guarda algumas especificidades: é um trabalho reflexivo no qual as decisões a serem tomadas implicam na articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como das **bases científicas e instrumentais**, com ênfase no conhecimento científico, das **bases tecnológicas**, com ênfase no conhecimento técnico e nas qualificações tácitas, e que são mediados pela dimensão ético-político. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005, p. 65)

O trabalho em saúde é influenciado por diversas questões, como o jogo político e seus interesses divergentes; o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos, e também pelas características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial. Somada a esses aspectos deve ser considerada também a presença de contradições na organização do trabalho em saúde, ainda fortemente marcada pelo modelo de gerenciamento de caráter taylorista/fordista – baseado em postos de trabalho separados, mas encadeados; tarefas simples e rotineiras, geralmente prescritas; intensa divisão técnica do

trabalho com a separação entre concepção e execução e grande contingente de trabalhadores semiquilificados e sem um mínimo de possibilidade de intervenção autônoma no processo de trabalho. Esses elementos tencionam as necessidades de pensamento reflexivo, criação e autonomia exigida pelo objeto e contexto das intervenções que definem o campo da saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Em razão desses aspectos considera-se que os serviços relacionados à área da gestão - também considerada como área de apoio administrativo, quando vista pela lógica fordista - devem ser pensados como estratégicos, pois faz a interface entre as decisões centrais da gestão e a chamada “área fim” e/ou de ações da ponta, ou seja, aquelas mais estritamente relacionadas aos atos de cuidar.

Tornando necessário que a formação profissional desses trabalhadores de nível médio os permita ampliar as possibilidades de acompanhar e incorporar as mudanças advindas do desenvolvimento técnico-científico na área de gestão em saúde, na perspectiva de intervir positivamente nos serviços prestados, mesmo que de forma indireta.

A produção de novas práticas gerenciais em saúde deve significar a aposta numa atuação profissional no campo da gestão que tenha por características a autonomia, a capacidade de refletir e problematizar os processos de trabalho.

Nesta lógica torna-se imperativo recuperar as recomendações da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS - 2003), que exige a formação de trabalhadores autônomos. Entretanto, ressalta-se que tal autonomia seja estruturada como prática orientada para as mudanças do sistema e que permita expandir a compreensão da atuação profissional para além de seus critérios e especificações técnicas.

Indica-se, dessa forma, que as propostas de formação profissional no campo da gestão em saúde deparam-se com o desafio de compreender como os efeitos das mudanças oriundas do processo de reorganização e consolidação da proposta do SUS, vêm contribuindo para a construção de um novo perfil profissional para o conjunto dos trabalhadores da saúde.

Neste contexto é que se coloca como relevante salientar que a permanência de falta de oportunidades de formação, a restrita autonomia e o desprestígio profissional referente ao conjunto dos trabalhadores de nível médio é o que deve nos orientar para buscarmos estratégias e mecanismos que permitam incorporar e reconhecer a educação profissional no campo da gestão em saúde como uma necessidade imprescindível ao processo de reestruturação da política organizacional do SUS.

1.2 OBJETIVOS

Neste sentido que o presente estudo aponta para o fato de que pensar a educação profissional a partir da orientação político-pedagógica presente na proposta de educação politécnica requer a problematização de suas interseções com as estruturas e relações de poder nas instituições de saúde e suas articulações com os contextos sócios-políticos em que se inserem.

Em função destas questões foi que tomamos como objeto central do estudo ‘analisar o projeto curricular de educação profissional em gestão em saúde dos cursos oferecidos pelo Labgestão, a partir da orientação político-pedagógica presente na proposta de educação politécnica construído pela EPSJV a fim de identificar suas pertinências e contradições’.

1.3 CONCEPÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

Para atingirmos este objetivo optamos por uma metodologia fundamentada em uma abordagem qualitativa da realidade, opção metodológica eleita em função da compreensão de que o objeto de estudo em foco requer uma perspectiva de investigação que leve em consideração o caráter histórico dos fenômenos sociais e sua susceptibilidade à transformação através da ação humana. Pretendeu-se, com isto, enfatizar o fato de que os problemas encontrados nas organizações e instituições de educação e saúde acontecem em contextos específicos e definidos, de onde não estão ausentes conflitos e contradições. Importante salientar que a opção por uma abordagem qualitativa não é assumida como uma oposição às metodologias e recursos quantitativos de pesquisa, mas como uma preocupação com o aprofundamento e a abrangência da compreensão do objeto. Nesse sentido, é que apontamos a concordância com Minayo, quando afirma que:

A discussão crítica do conceito de ‘Metodologias Qualitativas’ nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. (MINAYO, 1992, p. 12)

Os objetivos que direcionaram este estudo denotavam as características de um estudo de caráter empírico-analítico. Essa perspectiva de análise e compreensão do problema de investigação foi adotada por considerarmos que os desafios aos quais deveriam responder a formação profissional no campo da gestão em saúde tornavam necessárias estratégias e

procedimentos metodológicos capazes de apreender a complexidade do cotidiano institucional da EPSJV na construção de seu “Projeto Político Pedagógico”, como também do SUS, ao longo do processo de adoção das várias estratégias de gestão para sua consolidação.

Nesse sentido, a orientação tomada neste trabalho foi reforçada pela percepção de que a metodologia é um instrumento “[...] que deve ajudar a explicar não apenas os produtos da investigação científica, mas principalmente seu próprio processo, pois suas exigências não são de submissão estrita a procedimentos rígidos, mas antes de fecundidade na produção de resultados” (SCHOUTHEETE et al, 1982, p. 29).

Para efeitos deste estudo, adotamos duas estratégias metodológicas fundamentais para o processo de investigação exigida para a realização deste trabalho e que foram utilizadas de forma associadas e complementares. Dessa forma, a pesquisa e a análise bibliográfica que foi trabalhada de forma conjugada com a pesquisa e a análise documental.

A pesquisa bibliográfica - que tomou a formação politécnica no campo da gestão do SUS como seu foco principal - foi importante no exame da literatura científica para levantamento e análise do que já havia sido produzido sobre o tema proposto no estudo. Buscou-se abranger a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, textos legais, documentos mimeografados ou xerocopiados, etc.

Nesta etapa a pesquisa bibliográfica foi considerada uma etapa fundamental em todo trabalho científico, uma vez que influenciaria em todas as outras etapas do estudo, na medida em que ia dando o embasamento teórico em que se basearia o trabalho.

A pesquisa bibliográfica tinha como objetivos fazer um histórico sobre o tema abordado e nos atualizar sobre o tema escolhido, encontrar as respostas aos problemas formulados, levantar contradições sobre o tema e ainda, evitar repetição de trabalhos já realizados.

Já a pesquisa documental foi realizada a partir de documentos contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos. Estes documentos tanto foram buscados em fontes primárias e secundárias quanto em outras fontes, tais como: planos de curso, históricos escolares, o registro do “Projeto Político Pedagógico”, teses publicadas, vídeos institucionais, etc.

Na pesquisa documental trabalhamos com arquivos públicos que foram considerados como fonte estratégica deste estudo, através dos quais se buscou o registro de documentos oficiais como leis, ofícios, relatórios, etc. Além das publicações de debates, atas e documentos jurídicos quando foi o caso.

Neste sentido a análise documental foi considerada uma técnica extremamente importante na pesquisa qualitativa, por permitir a complementação de informações obtidas através de outras técnicas e por permitir desvelar aspectos importantes sobre um determinado tema ou problema.

A opção pela associação destas duas técnicas de pesquisa e investigação foi fundamental para o alcance dos objetivos do estudo e estratégica para a elaboração da dissertação de mestrado e para a sua realização.

2 COMO CHEGAMOS AO SUS

2.1 CONTEXTO DE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA E SEUS ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para entendermos em que contexto político a proposta de organização do SUS se colocou e como foi possível chegarmos a este horizonte de implantação deste sistema de saúde, se faz necessário recuperarmos o contexto de organização do sistema e seus antecedentes históricos, ressaltando que o contexto em que este se encontra inserido, lhe atribui o propósito de lidar com as contradições que o modelo capitalista de produção proporciona à sociedade e que são traduzidos pelos extremos da desigualdade social que ele apresenta, caracterizado na forma de iniquidades.

Antes de tudo é preciso que se entenda a história do sistema de saúde brasileiro, que tem origem em duas grandes vertentes de organização, de um lado, o modelo instituído pela saúde pública e, de outro, o modelo médico assistencial que se organizou no entorno das ações previdenciárias que foram instituídas no Brasil ao longo do processo de urbanização e de industrialização.

Neste sentido, faz-se necessário um mergulho na história buscando-se compreender como as ações e serviços de saúde foram se organizando ao longo do processo de consolidação político e organizacional da sociedade brasileira. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que as primeiras ações de saúde, no ainda Brasil colônia, caracterizavam-se por ações que tinham os seguintes perfis:

1. Havia de um lado, o trabalho desenvolvido pelos médicos que cuidavam da saúde dos indivíduos e das famílias que tinham condições de remunerá-los por seus serviços. Tratava-se de profissionais liberais, que se dedicavam a cuidar, privadamente, da saúde destas pessoas. Em geral, indivíduos ligados à nobreza, ao clero, senhores de terra, profissionais liberais e do comércio em geral.
2. Um segundo conjunto de ações de saúde, eram as desenvolvidas pela caridade, através dos serviços das ‘Santas Casas de Misericórdia’, que ofereciam serviços de saúde para uma parcela da população que não dispunham de capacidade econômica para contratar os serviços dos profissionais liberais. De forma geral toda sorte de imigrantes e colonizadores pobres.

3. Havia ainda um terceiro contingente de indivíduos que não tinham acesso aos serviços de saúde até então instituídos. Esses indivíduos lançavam mão de estratégias alternativas como a ação das rezadeiras, bezendeiras, parteiras, curandeiros, barbeiros sangradores, xamãs, entre outros, além de fazerem uso de ervas medicinais naturais e dos famosos chazinhos das vovós. Enfim, como cunhado pelo ditado popular, ‘o que não tem remédio, remediado está’. Tratava-se, em particular, das condições em que se encontravam os escravos trazidos da África para o Brasil e dos nativos, além de parte dos imigrantes pobres.

2.1.1 A emergência da saúde pública e as primeiras experiências no campo da educação profissional

Em 1808, o quadro sanitário do Brasil no momento da chegada da corte trazendo a família real portuguesa era absolutamente precário. Não havia médicos formados e os poucos tratamentos disponíveis estavam confiados à ação dos barbeiros-sangradores. Esses eram, em sua maioria, trabalhadores que exerciam, simultaneamente, a função de barbeiro ao mesmo tempo em que desenvolviam ações que consistiam em sangrar as pessoas usando ventosas com o objetivo de purgar os fluídos corporais dos chamados “maus humores”, como se estas fosse um tipo rudimentar de medicina. O que mais parecia uma espécie de curandeirismo ao invés de ações medicinais (BAPTISTA, 2007).

A ausência de estrutura de assistência médica provocou um processo que levou à proliferação pelo país dos Boticários (farmacêuticos), que manipulavam as fórmulas prescritas pelos poucos médicos. Razão pela qual foi induzida uma prática através da qual a indicação medicamentosa era realizada pelos próprios boticários.

Estas ações exercidas pelos boticários e pelos barbeiros-sangradores eram desenvolvidas sem nenhum aprendizado acadêmico, cabendo a fisicatura a aprovação do exercício após a prestação de um exame e do acompanhamento do serviço durante um certo período de tempo e, quando aprovado, o candidato recebia uma “carta de habilitação” que o tornava apto ao exercício da atividade.

Em função deste contexto e da chegada da família real, considera-se o ano de 1808 como um marco do início das ações da saúde pública no Brasil. Neste mesmo ano, as necessidades da corte forçaram a criação das duas primeiras escolas de medicina do país, instituídas por Dom João VI: o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar da Cidade

de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, anexa ao real Hospital Militar. Sendo essas as únicas medidas governamentais mobilizadas com o fim de instituir ações no campo da saúde pública até a proclamação da República (BAPTISTA, 2007).

Este contexto começou a mudar com a instituição da República Federativa do Brasil (em sua primeira versão) no final do século XIX, que por uma questão econômica, começou a desenvolver nas áreas de produção e de circulação das mercadorias, algumas ações de saneamento associado às chamadas campanhas sanitárias de saúde, como forma de prevenção e controle das doenças que representavam riscos ao mercado, com o objetivo de proteger a balança comercial de caráter agro-exportadora, em função da presença de várias moléstias e epidemias que se manifestavam naquele período (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007).

Enquanto a sociedade brasileira ficou dominada pela economia agro-exportadora, sobretudo na monocultura cafeeira, exigiu-se do sistema de saúde uma política de saneamento destinado aos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e a erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a balança comercial através de barreiras impostas à produção brasileira (MENDES, 1993).

Durante o primeiro governo de Rodrigues Alves (1902-1906) foi que se registrou de fato a primeira medida de caráter sanitária no país. O Rio de Janeiro não dispunha de nenhuma ação de saneamento básico tornando-se alvo de várias doenças graves como varíola, malária, febre amarela e até a peste que se espalhavam facilmente. Foi então que o presidente tomou a iniciativa de nomear o médico Oswaldo Cruz para buscar uma solução para o problema (BAPTISTA, 2007).

Através de uma ação considerada de caráter ‘policialesca’, Oswaldo Cruz convocou cerca de 1.500 pessoas para ações que, por fim, invadiam as casas, queimavam roupas e colchões, sem nenhum tipo de ação educativa. O que fez com que a população fosse ficando cada vez mais indignada.

Pode-se dizer que, desta forma, estas iniciativas caracterizaram as primeiras ações da saúde pública brasileira e que, portanto, deram origem às primeiras ações de intervenção do governo no campo da saúde pelo poder público, as quais eram organizadas pelo Governo Central através da Diretoria Nacional de Saúde Pública – DNSP, pois ainda não existia a estrutura do Ministério da Saúde (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007).

Chama-se a atenção para o fato de que estas ações da saúde pública eram de caráter, eminentemente, de controle ambiental, e foram fundamentais como a pré-história de organização, no Brasil, de parte das ações da vigilância no campo da saúde, que a partir da

década de 40 acabaram dando origem a instituições como o antigo Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), ao Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e a Superintendência de Campanhas (SUCAM), as quais mais tarde, já na década de 90, foram fundidas numa só estrutura dando origem a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA).

A virada do século XIX para o XX trouxe novas e importantíssimas mudanças na perspectiva de intervenção do poder público sobre o campo da saúde, com a introdução da vacinação obrigatória. O que fez ampliar, significativamente, a capacidade de intervenção das ações e dos serviços públicos sobre o estado de saúde da população.

A vacina obrigatória, como uma medida de prevenção que buscava a erradicação de algumas doenças transmissíveis de caráter epidêmico, representou, naquele momento, um novo modelo paradigmático sobre a forma de agir da saúde pública, uma vez que possibilitou o deslocamento de suas ações para o corpo dos indivíduos e da coletividade (BAPTISTA, 2007).

Este era um novo Brasil, na busca de sua afirmação política como um projeto de nação, capaz de responder às necessidades e exigências do mundo moderno. A partir daí, a aposta na ciência e na tecnologia pouco a pouco ganharia forma e concretude, desdobrando-se na consolidação de grandes instituições como, por exemplo, a Fundação Oswaldo Cruz.

Associado ao projeto de desenvolvimento tecnológico que se implantou no Brasil, nesta passagem para o século XX, apontou-se também o desenvolvimento de um projeto de urbanização que se deu, concomitantemente, à implantação de um processo de industrialização, que foi, aos poucos, mudando o perfil sócio-econômico e cultural da sociedade.

2.1.2 A institucionalização do modelo médico-assistencial e o sistema S

Com a chegada no início do século XX dos primeiros empreendimentos industriais, vieram também, em particular, os imigrantes europeus em busca de emprego e de oportunidades de uma nova vida prometida.

Estes imigrantes não vieram de mãos vazias, trouxeram em suas bagagens sua cultura, seu conhecimento tecnológico sobre o modo de operar na indústria, seus hábitos e seu modo de viver a vida e com ela sua perspectiva de organização política e social.

Este período foi caracterizado por um processo de urbanização crescente e contou com a utilização da mão-de-obra destes imigrantes nas indústrias, especialmente de europeus

(italianos, portugueses), visto que os mesmos já possuíam grande expertise neste setor, que já se encontravam, desde a revolução industrial, num estágio muito desenvolvido na Europa.

Nesta época ainda não havia quaisquer garantias trabalhistas, tais como: férias, jornada de trabalho definida, pensão ou aposentadoria. Mas, tão logo estes imigrantes tornaram-se operários das fábricas brasileiras e, em muito, influenciados pelo projeto de estado de bem estar social que se consolidava na Europa, começaram a enfileirar suas bandeiras em movimentos reivindicatórios de melhores condições de vida e de trabalho, que acabaram dando origem aos movimentos sindicais que se estruturaram em torno das corporações da época.

Em função das péssimas condições de trabalho existentes e desta falta de garantias de direitos trabalhistas, o movimento operário organizou e realizou neste período duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1919, através das quais o movimento sindical deu início à conquista de alguns direitos sociais.

Essas ações culminaram, no início da década de 20, na implantação de um modelo de organização de serviços de assistência à saúde oferecida diretamente aos trabalhadores urbanos, em função da instituição, através da Lei Elói Chaves, do sistema de “Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)” (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Nesta época o principal marco girava em torno do processo de industrialização ainda sob uma incipiente forma organizacional. O Brasil, já independente do Império Português, buscava uma nova forma de organização com a instituição da república no final do século XIX e viu no pós-primeira grande guerra, possibilidades de uma nova vocação produtiva com a chegada da indústria.

Este período de emergência da indústria se deu em um quadro de dependência política e econômica, que caracterizou o modelo de desenvolvimento tecnológico que se tornou hegemônico no Brasil.

A partir deste período marca-se o início do processo que levou à institucionalização do modelo médico assistencial, que visava atribuir assistência à saúde dos trabalhadores urbanos vinculados a indústria e ao comércio, e que com o tempo veio a se tornar hegemônico com a configuração da estrutura da previdência social a partir da década de 60, com a instituição do Instituto Nacional da Previdência Social - INPS.

Um modelo médico assistencial que aos poucos foi ganhando as características que o mercado capitalista foi lhe atribuindo, dentre as quais a principal configurava-se na missão de zelar pela manutenção da força de trabalho e, quando necessário, promover sua restauração.

A instituição, na década de 20, da estrutura das CAP's foi uma iniciativa organizada no interior de algumas empresas a partir de uma contribuição dos trabalhadores e de uma contrapartida das patronais. Tinham como objetivo de promover ações médicas e assistências aos trabalhadores urbanos e prover um futuro prospectivo através da implantação de um sistema de aposentadorias e pensões que, por esta razão, foi considerado o marco inicial da Previdência Social no Brasil, apesar destas iniciativas terem sido instituídas e promovidas a partir de ações privadas em torno das empresas e dos trabalhadores.

Em virtude destes preceitos, de acordo com o artigo 9º do Decreto nº 4.682 de 24/01/1923, que instituiu as CAP's (BRASIL, 1923), os empregados contribuintes com os fundos das Caixas de Aposentadorias e Pensões tinham assegurado os seguintes direitos:

1. A socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;
2. A medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;
3. A aposentadoria;
4. A pensão para seus herdeiros em caso de morte.

Por esta razão que se aponta que as CAP's acabaram resultando no embrião, tanto do sistema previdenciário, quanto do sistema de assistência médica que se desenvolveu em torno das iniciativas previdenciárias e que se transformaram, ao longo do século 20, nas duas grandes estruturas assistenciais da vida dos trabalhadores brasileiros, particularmente, daqueles situados nos grandes centros urbanos.

Desta forma foi se configurando a segunda vertente do sistema público de saúde, caracterizado pela estrutura do modelo médico-assistencial da previdência social que, até recentemente, quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, era voltado a cuidar exclusivamente da saúde dos trabalhadores.

Porém, a partir da década de 30 e sob influência do modelo instituído pelas CAP's, foram criados, sob a batuta do governo do Presidente Getúlio Vargas, os Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP's, que também eram entidades de proteção social, só que agora organizados segundo as diferentes categorias profissionais de um conjunto de

trabalhadores vinculados às várias empresas de um mesmo ramo de atividade, segundo as diferentes corporações profissionais da época (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Aponta-se, nesse sentido, que o campo da gestão em saúde remonta, em sua origem, a este período em que foi instituído o modelo médico-assistencial das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), criados, respectivamente nas décadas de 20 e 30, num contexto de desenvolvimento do projeto urbano industrial que teve início no Brasil na virada para o século XX.

O primeiro IAP foi criado em 29-06-1933, através do Decreto nº 22.872, dando origem ao Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos, em seguida surgiram vários outros, entrem os quais se destacam o dos bancários, dos industriários, do comércio, do pessoal de transporte e cargas e o dos ferroviários e empregados dos serviços públicos. Estes IAP's representavam o esforço do governo em ampliar a proteção social para um número maior de trabalhadores, iniciando-se, desta forma, um modelo de inclusão excludente baseado numa cidadania regulada que vigorou até recentemente.

Se antes a vacina obrigatória representou, neste contexto, uma forma de intervenção dos serviços públicos de saúde diretamente no corpo dos indivíduos e da coletividade, agora, através das ações da assistência médica promovida por intermédio dos IAP's, suas ações passaram a se dar exclusivamente sobre o corpo dos trabalhadores, numa clara forma de proteção dirigida à manutenção da força de trabalho.

Dentro do marco do projeto de urbanização vivenciado no Brasil, na medida em que foi se consolidando o processo de industrialização, foi aumentando também o tamanho da força de trabalho no meio urbano. O que fez com que muitos IAP's ficassem economicamente fortalecidos pela gigantesca capacidade de arrecadação da contribuição previdenciária, levando-os a criar estruturas próprias de assistência a seus assegurados, instituindo grandes estruturas médico hospitalares, como nos casos, por exemplo, dos hospitais criados pelos IAP's do pessoal de Transporte e Cargas (IAPETEC), dos Industriários (IAPI), dos Marítimos (IAPM) e dos Bancários (IAPB), entre outros.

Na medida em que foi avançando no Brasil o processo de industrialização, no campo da saúde começavam a surgir grandes complexos assistenciais, caracterizados por estruturas de caráter hospitalocêntricos, altamente centralizados, orientados para um modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na alta tecnologia diagnóstica e terapêutica e no uso de produtos medicamentosos e de equipamentos biomédicos cada vez mais sofisticados,

destinados à promoção da cura, delineado no perfil de organização característico deste modelo. Disposto estritamente a atender às necessidades de assistência médica por parte da camada dos trabalhadores que contribuíam para o financiamento do sistema previdenciário, na velha lógica de organização do sistema de saúde brasileiro baseado nas iniciativas do modelo previdenciário instituído pelos IAP's (MENDES, 1993).

Neste contexto, em janeiro de 1948, foi inaugurado, pelo então presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra, o antigo Hospital General do Nascimento Vargas, atualmente denominado Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) e considerado como sendo o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos.

Dentro deste mesmo contexto surgiu o Hospital da Lagoa, antigo Hospital Sul América, o qual levou nove anos, de 1952 a 1959, para ser concluído. Na época de sua inauguração tinha o centro cirúrgico mais bem equipado da América do Sul e acabou sendo adquirido pelo Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), após alguns anos depois de sua inauguração.

Estes são apenas alguns exemplos das estruturas hospitalares que foram erguidas no ritmo do processo de industrialização brasileira, além do caso do Hospital Universitário Clementino Fraga da Universidade Federal do Rio de Janeiro, cuja obra foi iniciada, em setembro de 1950 - conforme consta do informe histórico da *homepage* da própria instituição, “prolongando-se no ritmo incerto de recursos, até 1955, quando foi interrompida. Projetado para 1.800 leitos, construiu-se uma imensa estrutura de 220.000 m². Esta construção arrastou-se por duas décadas, dadas as incontáveis dificuldades porque passou a obra” (UFRJ, 2010).

Ainda segundo o histórico publicado na ‘home page’ do hospital, “em 1970, no reitorado de Djacir Menezes, a Comissão de Implantação resolveu que o Hospital ocuparia apenas 110.000 metros quadrados, isto é, metade da área total da estrutura” (UFRJ, 2010). Circunstância que continua até o presente momento, apesar deste ser considerado um dos maiores centros universitário de educação médica.

Neste contexto, o trabalho na saúde foi ganhando uma dimensão organizacional caracterizada pela instituição de uma estrutura médico hospitalar montada em torno dos IAP's, que aos poucos foi configurando a estrutura do chamado ‘complexo médico industrial’, com a incorporação da alta tecnologia diagnóstica e terapêutica e de equipamentos biomédicos, característicos do modelo hospitalocêntrico que se ergueu ao longo deste processo de consolidação da indústria no Brasil.

Apesar dos grandes investimentos gerados com o processo de desenvolvimento da indústria ao longo do século XX, a organização do sistema de saúde brasileiro se deu sem que o conjunto dos trabalhadores se beneficiasse plenamente.

Entretanto, outro passo fundamental na vida dos trabalhadores urbanos foi a regulamentação da justiça do trabalho em 1939 e a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), criada através do Decreto-Lei nº 5.452, de 1 de maio de 1943 e sancionada pelo então presidente Getúlio Vargas, unificando toda legislação trabalhista então existente no Brasil, caracterizando-se como a principal norma legislativa brasileira referente ao Direito do trabalho.

Assim como na indústria, o sistema de saúde brasileiro também assumiu uma forma de organização baseada nos pressupostos do “taylorismo/fordismo”, à medida que o desenvolvimento tecnológico foi imprimindo um formato que levou a um veloz mecanismo de especialização dos serviços. Desencadeou-se uma rápida e profunda fragmentação do processo de trabalho instituído como uma exigência imposta ao mercado de trabalho estimulado pela teoria da administração científica como forma de maximização da produção e do lucro.

Este processo fez com que a força de trabalho em saúde passasse a apresentar, cada vez mais, uma dupla configuração, ou seja, caracterizada pela presença de profissionais altamente qualificados e o concomitante estímulo à contratação de trabalhadores com pouca ou nenhuma escolaridade.

Em função deste contexto, outro feito que ganhou relevância durante o governo do presidente Getúlio Vargas foi a assinatura no dia 22 de janeiro de 1942 do decreto-lei 4.048 instituindo o Serviço Nacional de Aprendizagem dos Industriários (SENAI), órgão subordinado à Confederação Nacional da Indústria (CNI).

O SENAI foi criado como uma instituição privada de interesse público, sem fins lucrativos com objetivo de ministrar cursos de formação profissional de aprendizagem industrial para indústria brasileira, inspirado na bem sucedida experiência do Centro Ferroviário de Ensino e Seleção Profissional a qual permitiu a idealização deste como uma solução análoga para suprir as necessidades de formação de mão-de-obra do parque industrial brasileiro.

Entre suas competências, definiu-se que ao SENAI caberia: organizar e administrar, em todo o país, escolas de aprendizagem para capacitação dos operários; ao ministrar ensino continuado de aprendizagem, de aperfeiçoamento e de especialização de mão-de-obra.

Segundo a própria instituição, já na ocasião, estava claro que sem educação profissional não haveria desenvolvimento industrial para o País.

Vale lembrar que a Formação Profissional no Brasil teve seu primeiro registro em 1874 quando o presidente da província de Pernambuco Henrique Pereira de Lucena obrigou os estabelecimentos fabris a se encarregarem do preparo do seu pessoal. Outro acontecimento histórico aconteceu em 1909, quando o presidente da república Nilo Peçanha, criou a rede de escolas de aprendizes de ofício, criando um terreno fértil para criação do SENAI.

Um pouco mais tarde, ainda na década de 40, surge o SENAC, criado em 10 de janeiro de 1946 pela Confederação Nacional do Comércio (CNC), por meio do decreto-lei 8.621. Segundo registros desta instituição, a partir do ano seguinte, o SENAC passou a desenvolver um trabalho até então inovador no país: oferecer, em larga escala, educação profissional destinada à formação e preparação de trabalhadores para o comércio. E assim, pouco a pouco, os modelos de formação profissional foram se multiplicando.

Neste mesmo ano de 1946, através do Decreto-Lei nº 9.403, assinado por Gaspar Dutra, foi atribuído à Confederação Nacional da Indústria (CNI) a criação, direção e organização do Serviço Social da Indústria (SESI). Desta forma, no dia 1º de julho de 1946, nasceu efetivamente o SESI, uma entidade de direito privado, mantida e administrada pela indústria, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do industriário e seus dependentes, suas atividades incluíam a prestação de serviços em saúde, educação, lazer, cultura, nutrição e promoção da cidadania.

Neste cenário político é que, paulatinamente, foram sendo instituídos tanto os subsistemas de educação, quanto os de saúde, caracterizados por um “mix” entre o público e o privado, que marcam até os dias de hoje a estrutura dos sistemas de educação e de saúde no Brasil.

Neste mesmo contexto de urbanização surge, no dia 13 de setembro de 1946, o Serviço Social do Comércio (SESC), por meio do Decreto-lei nº 9.853, também assinado pelo então presidente general Eurico Gaspar Dutra, com a finalidade de "planejar e executar medidas que contribuíssem para o bem-estar e a melhoria do padrão de vida dos comerciários e suas famílias" (SESC-MS, 2010).

Em um contexto que apontava que o mundo estava destroçado pela violência da Segunda Grande Guerra Mundial, o SESI nasce com o caráter da conciliação, numa perspectiva de que o crescimento do País exigia tranquilidade social traduzida numa

solidariedade entre empregados e patrões numa busca pela paz sob o signo da generosidade cristã (SESI – PR, 2010).

Este conjunto de instituições criadas por iniciativa das Confederações Nacionais da Indústria e do Comércio com o objetivo de promover ‘melhorias’ no padrão de vida dos trabalhadores urbanos, também teve papel fundamental no processo de consolidação dos empreendimentos privados no Brasil, caracterizando o que nos tempos atuais se denomina chamar de “sistema S”.

Porém, a contribuição do “sistema S” para a qualificação da mão-de-obra dos trabalhadores brasileiros, limitou-se a promover um processo de aprendizagem para o trabalho urbano e industrial sem oferecer perspectivas para um modelo de formação que pudesse significar a representação de um processo de emancipação da classe trabalhadora.

Além disto, é importante sinalizar que havia também, no final da primeira metade do século XX, um forte clima de euforia no ocidente que ainda vibrava com a vitória dos aliados na Segunda Guerra Mundial. No Brasil, o processo de industrialização pouco a pouco abria espaço para mudanças radicais no perfil das cidades e da cidadania, o que acabou por configurar, na década de 50, numa política de desenvolvimento de recursos humanos que se estruturou a partir do enfoque dado pela noção de capital humano. Conforme assinalado por Frigotto (2008, p. 3), tal noção constitui-se a partir da idéia de conceber um trabalhador que possa ser “treinado, adestrado e educado e com saúde para se adaptar às exigências da produção mercantil e atingir a produtividade máxima”.

Desta forma que, segundo esta concepção, a educação se traduz como produtora de capacidade para o trabalho, tornando-se assim o principal fator do capital humano, produzindo um conjunto de habilidades intelectuais e um determinado volume de conhecimento que passam a funcionar como geradores de capacidade de trabalho e produção, ao transformar o indivíduo numa máquina inteligente, que do ponto de vista da produção, derivaria da combinação de trabalho físico e educação e/ou treinamento.

Estas características também são encontradas no campo da saúde, ao se apostar na formação dos profissionais de nível superior como investimento, em especial dos médicos responsáveis pela direcionalidade técnica do processo de trabalho em saúde. Reservava-se aos demais trabalhadores, particularmente, ao grande contingente alocado nos serviços gerenciais e administrativos, a aprendizagem em serviço sob a forma de rápidos treinamentos.

Assim, pode-se dizer que trabalho, educação e saúde são ‘faces de uma mesma moeda’, que veio cunhando ao longo do tempo as características fundamentais da cidadania

brasileira, fruto das muitas tensões sociais advindas deste processo de socialização e urbanização vivido pelos trabalhadores ao longo das transformações processadas no Brasil durante o século XX.

Esta tem sido, desde então, a prática hegemônica no campo da formulação das políticas elaboradas visando à capacitação dos trabalhadores que atuam no sistema de saúde. Ou seja, a idéia de se ter o trabalhador certo para o lugar certo, com capacidade técnica para responder às necessidades do sistema.

Apesar da gigantesca arregimentação de ações e serviços no campo da assistência médica em função das ações promovidas, em particular, pela estrutura dos IAP's, o Ministério da Saúde somente veio a ser formalmente instituído no dia 25 julho de 1953, através da Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: O da Saúde e o da Educação e Cultura, já no pós-segunda grande guerra mundial (BAPTISTA, 2007).

Neste mesmo ano, no calor da campanha de nacionalização do projeto de exploração do petróleo, após intensa campanha de mobilização popular denominada “o petróleo é nosso”, a opção pelo monopólio foi consolidada no texto da lei 2004, de três de outubro de 1953, dando origem e criação a Petrobras, o que fortaleceu significativamente o processo brasileiro de industrialização.

Porém, o fato de se criar neste período a estrutura do Ministério da Saúde, não contribuiu para dissolver a dicotomia entre o modelo da saúde pública e o modelo médico-assistencial, concentrado nas ações e iniciativas da previdência social. Aliás, muito pelo contrario, a formalização institucional do Ministério da Saúde somou significativamente para consolidação desta dicotomia, uma vez que o modelo médico-assistencial configurava-se como uma iniciativa restrita aos trabalhadores vinculados às iniciativas previdenciárias dos IAP's.

2.1.3 Consolidando a estruturação da saúde pública

Em contraposição, no campo da saúde pública, outras organizações de grande envergadura foram surgindo, como, por exemplo, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência que necessitassem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados. Em 1956 foi

criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela entre outras endemias existentes no país, e que mais tarde deu origem a Superintendência de Campanhas (SUCAM), ampliando significativamente as ações típicas do campo da saúde coletiva (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Assim, enquanto a saúde pública dedicava-se às questões relativas aos problemas característicos da saúde coletiva, o modelo médico-assistencial criado em torno das ações previdenciárias promovidas pelos IAP's caracterizavam-se por uma ação de assistência individual e curativa dirigida às necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos.

A década de 50 também foi muito marcada pelo projeto de industrialização acelerada no que se refere à abertura do mercado nacional ao capital internacional, caracterizada pela chegada das grandes empresas multinacionais de automotores e equipamentos elétricos e eletrônicos e, em especial, na área da saúde, da indústria farmacêutica e de equipamento biomédicos. Começando assim o processo de transnacionalização da economia, a partir do qual a política nacionalista passaria por um intenso “banho de água fria” (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007).

Mudanças estratégicas se processaram no campo político, levando o governo do Presidente Juscelino Kubitschek a instituir o Plano Nacional de Desenvolvimento, também conhecido como “Plano de Metas”, através do qual prometia fazer o País avançar cinquenta anos em cinco, a partir da criação de 31 metas preestabelecidas e circunscritas em 5 grandes grupos, dentre as quais encontrava-se a meta principal ou “meta síntese” a qual transferiu a Capital do País do Rio de Janeiro para Brasília, instituindo nesta região o Distrito Federal, sob a alegação de estimular a diversificação e o crescimento da economia brasileira, baseado na expansão industrial e na integração dos povos de todas as regiões.

Neste período, no campo da previdência foi instituída a Lei Orgânica da Previdência Social - LOPS (Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960), que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões e o Decreto nº 48.959-A, de 10 de setembro de 1960, aprovou o Regulamento Geral da Previdência Social (MENDES, 1993).

Mas os “anos dourados”, como ficou conhecido o período JK e que instituiu o chamado “estilo de vida americano”, fez também com que o País passasse rapidamente da condição rural para a urbana, através do acelerado processo de industrialização vivido àquela época,

terminando pondo em conflitos dois grandes projetos de organização da sociedade: de um lado o desenvolvimentismo e, de outro e, em oposição, um projeto socialista.

Os anos dourados rapidamente viraram anos de chumbo quando no início da década de 60 JK foi substituído por Jânio Quadros tendo como vice João Goulart, o qual acabou assumindo em 1961 o posto de presidente após a renúncia de Jânio. Entretanto, como este apresentava inspirações a instituir reformas de bases, acabou não contando com a cumplicidade dos ministros militares que se opuseram a sua posse alegando que havia perigo na ligação que este mantinha com o partido comunista brasileiro (PCB) e com o partido socialista brasileiro (PSB).

As reformas de base proposta por João Goulart abrangiam as seguintes áreas (AMADO, 2000; VILLA, 2007):

- Reforma educacional: visava combater o analfabetismo com a multiplicação nacional das pioneiras experiências do Método Paulo Freire. O governo também se propunha a realizar uma reforma universitária e proibiu o funcionamento de escolas particulares. Foi imposto que 15% da renda produzida no Brasil seria direcionada à educação.
- Reforma tributária: controle da remessa de lucros das empresas multinacionais para o exterior; o lucro deveria ser reinvestido no Brasil. O imposto de renda seria proporcional ao lucro pessoal.
- Reforma eleitoral: extensão do direito de voto aos analfabetos e aos militares de baixa patente.
- Reforma agrária: terras com mais de 600 hectares seriam desapropriadas e redistribuídas à população pelo governo. Neste período a população agrária ainda era maior do que a urbana.
- Reforma urbana: foi estipulado que as pessoas que tivessem mais de uma casa poderiam ficar com apenas uma; as demais seriam doadas ao Estado ou vendidas a preço baixo.

Sem contar também com o apoio do Congresso Nacional, João Goulart viu numa proposta conciliatória o conflito político instituído com a renúncia de Jânio desdobrar-se na mudança do regime presidencialista para o parlamentarista, o que fez com que parte de seu poder fosse deslocado para um primeiro-ministro que chefiaria o governo, cargo assumido na época por Tancredo Neves (AMADO, 2000; VILLA, 2007).

Dentro do contexto das reformas de base propostas pelo Governo de João Goulart ocorre, em 1963, a 3ª Conferência Nacional de Saúde, a qual traz em seu bojo boa parte dos

pressupostos, tais como descentralização das ações e dos serviços de saúde, ênfase nas ações da saúde pública, reorientação do modelo assistencial, etc... (NORONHA; LEVICOVITZ, 1994), que orientaram o projeto de reforma sanitária vivenciado na década de 80.

Ao final de seu governo João Goulart, busca reverter a situação com a convocação de um plebiscito sobre a manutenção do parlamentarismo ou o retorno ao presidencialismo para janeiro de 1963, que acabou fazendo com que o parlamentarismo fosse amplamente rejeitado, graças, em parte, às propagandas feitas pela máquina governamental e levando a uma nova crise institucional que culminou com o “golpe militar” de 1964, dando início ao período que ficou conhecido como “anos de chumbo” (AMADO, 2000; VILLA, 2007).

Este contexto fez com que a proposta de reforma sanitária apresentada durante a realização da 3ª Conferência Nacional de Saúde também fosse “por água abaixo”. Deste momento em diante, até a realização da 8ª Conferência em 1986, todas as demais conferências de saúde realizadas durante o período de ditadura foram absolutamente esvaziadas de seu caráter político.

Num verdadeiro clima de terrorismo, em nome da “ordem e do progresso” os militares declaram vaga a presidência da república e em decorrência, assumiram o poder instituindo um conjunto enorme de arbitrariedades, que fizeram com que o país amargasse um longo período de angustias e sofrimentos vividos ao longo dos anos de ditadura militar. Tratava-se da ordem política obtida através do uso da força e do abuso instituídos pelos militares em defesa do progresso desenvolvimentista e tecnológico circunscrito aos interesses da burguesia.

Durante os governos militares um significativo número de Atos Institucionais foram editados promovendo um verdadeiro ‘apagão político’ dentro e fora das instituições públicas. Através destes atos promoveu-se a cassação de mandatos, suspensão da imunidade parlamentar e da estabilidade dos funcionários públicos, limitada a liberdade de expressão, dissolvido todos os partidos políticos e instituído o bipartidarismo no lugar do regime pluripartidário, para então promover o mais duro golpe com a instituição, em 1968, do Ato Institucional Nº 5 (AI-5), considerado o golpe dentro do golpe, o primeiro Ato Institucional sem prazo de vigência, através do qual se dissolve o congresso, mandatos são caçados e plenos poderes são atribuídos à presidência da república, agora sob o comando dos militares.

Com isto inicia-se um processo de forte censura e de tensionamento no interior das instituições públicas, sendo seguido de vários atos de terrorismo e violência institucional. Isso ocorre com a ditadura mostrando as suas garras a partir de uma sexta-feira 13 no apagar das luzes do ano de 1968, como desdobramento de um golpe que começou no dia 1º de Abril de

1964, o dia da mentira. Prisões, exílios e mortes sumários passam a compor desde então a face do regime ditatorial.

2.1.4 Incorporação previdenciária dos IAP's – Estatizar para reprivatizar

Nesse clima e atendendo ao projeto de centralização do regime militar, dois fatos relevantes ocorrem no campo da saúde: de um lado, o governo reúne através do Decreto-Lei n° 72, de 21 de novembro de 1966, os seis Institutos de Aposentadorias e Pensões, dando vida ao Instituto Nacional de Previdência Social - INPS e, de outro, pela primeira vez o direito a saúde é mencionado num documento oficial (BRASIL, 2010). Aparece como um direito de assistência médica atribuído pela constituição de 1967 aos trabalhadores contribuintes da previdência social, assentando na forma da lei a assistência à saúde como um dos direitos previdenciários dos trabalhadores (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Entretanto, o sistema de saúde que o INPS herdou dos IAP's, configurava-se como um modelo de base flexineriana, voltado para uma estrutura hospitalocêntrica, altamente centralizada e focada em ações especializadas de caráter clínico e de natureza biologicista. Orientava-se, dessa forma, para um modelo médico-assistencial de caráter privatista, com ênfase na alta tecnologia diagnóstica e terapêutica e no uso de produtos medicamentosos e de equipamentos biomédicos de ponta, cada vez mais sofisticados, destinados à promoção da cura e disposto, estritamente, a atender às necessidades de assistência médica por parte da camada dos trabalhadores que contribuía para o financiamento do modelo previdenciário que foi se instituindo ao longo do século XX.

O foco nas ações especializadas levou a um profundo processo de fragmentação, típico dos modelos taylorista e fordista instituído pela indústria, produzindo forte impacto na forma de organização do processo de trabalho em saúde no interior das organizações hospitalares, com o processo de departamentalização clínica das ações e dos serviços. Esse processo repercutiu também na forma de organização do conhecimento e, portanto, na formação dos profissionais da saúde, ao passar a ser representado por múltiplas caixinhas disciplinares que levaram ao aparecimento das múltiplas áreas de especializações.

Esta nova forma de se organizar o trabalho e o conhecimento influencia também a forma como se passou a ver o corpo dos indivíduos, fazendo com que o “olhar clínico” deixasse de vê-lo, desde então, como um todo integrado para passar a representá-lo como

simples peças ou componentes de um corpo agora desmontado, esquadrinhado, cada vez mais subdividido, em seus mínimos detalhes.

O sistema de saúde brasileiro foi ganhando características de um modelo universal e excludente, na medida em que aos poucos ampliava sua capacidade de cobertura em relação à população trabalhadora, ao mesmo tempo em que ia negando a parcela significativa da população em geral o direito de acesso às suas ações e serviços.

De outra parte a saúde pública amplia suas ações com a fundação, em 1970, da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), a qual incorpora as ações até então desenvolvidas através do DNERu, especializando-se, a partir daí, na promoção de ações de controle de endemias (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007).

Na linha da ampliação do direito de acesso às ações e serviços por novos grupos de trabalhadores, consta a incorporação na Previdência Social dos trabalhadores rurais, através da Lei Complementar nº 11, de 25 de maio de 1971, a qual institui o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRÓ-RURAL), em substituição ao plano básico de Previdência Social Rural e, ainda, dos empregados domésticos, através Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972 (MENDES, 1993).

Ao mesmo tempo o campo da educação também apresenta mudanças importantes ao processo de formação dos trabalhadores com a emergência da Lei Nº 5.692, de 11 de agosto de 1971, instituindo a nova Lei de Diretrizes e Bases para o Ensino de 1º e 2º Graus (BRASIL, 1971), tendo por “objetivo geral proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania” (BRASIL, 1971).

Através desta lei é que será introduzida a prática do ensino profissionalizante integrado ao ensino de 2º grau o qual corresponde ao atual ensino médio. Neste sentido é que se aponta que a educação profissional no Brasil aparece associada à formação de mão-de-obra, enquanto uma estratégia reservada às camadas pobres da população. O que no campo da saúde, basicamente, se limitou à formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, em função da grande demanda oriunda da rede hospitalar por este tipo de força de trabalho.

Apesar de todos estes esforços, o modelo econômico que orientou o projeto desenvolvimentista brasileiro não tardou a mostrar suas ineficiências, pois a década de 70 foi marcada pela derrocada do modelo fordista de produção em massas, abrindo um longo período de crise na balança comercial, fustigando a emergência de um processo inflacionário. A crise econômica da década de 70 levou a um rápido empobrecimento da população

trabalhadora, gerando no âmbito da sociedade brasileira uma intensificação dos processos de adoecimento em decorrência da falta de infra-estrutura básica no meio urbano, principalmente nas áreas de concentração da população mais pobre das cidades, em especial, das favelas e das comunidades carentes.

Em função desta realidade, problemas de saúde que já haviam sido dados como sob absoluto controle, voltam a fazer parte do cenário social brasileiro, que passa a ser marcado pela re-emergência de várias doenças como varíola, meningite, sarampo, cólera, dengue, entre outros. Além disto, principalmente no meio urbano, outros agravos, ditos emergentes, passam a acometer a vida dos cidadãos brasileiros, como a AIDS e as doenças derivadas do mundo do trabalho e do modo de vida no meio urbano, a insegurança no trabalho e a violência típica do meio urbano destacam-se como suas principais causas.

Desta forma, as questões de gestão do sistema de saúde no Brasil foram se tornando cada vez mais complexas, exigindo cada vez mais comprometimento do governo com a saúde dos trabalhadores e da população em geral, pois do ponto de vista da administração dos serviços de saúde havia pouca eficiência e pouca efetividade das ações implicando em baixa resolutividade das ações desenvolvidas. Neste contexto é que é criado, através da Lei 6.025 de 25 de junho de 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (MENDES, 1993).

Neste período havia dois caminhos possíveis em termos de organização do sistema a fim de responder aos problemas que agravavam as condições de vida e de saúde da população brasileira: de um lado, o governo poderia adotar uma política de fortalecimento do estado investindo nas ações da saúde pública; de outro, poderia fortalecer a iniciativa privada tomando-a como parceiro privilegiado do setor público. O governo dos militares optou pela segunda alternativa, o que acabou saindo caro aos cofres públicos, além de representar o início de um profundo processo de desmonte do modelo previdenciário de assistência à saúde dos trabalhadores brasileiros.

Foram duas as estratégias utilizadas pelo governo militar no processo de aliança com o setor privado de serviços de saúde: primeiro instituindo em 1974 o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que tinha por objetivo financiar o estabelecimento de ações e serviços de saúde do setor privado em áreas em que o setor público era deficitário. Basicamente, leitos hospitalares, em decorrência do grande número de enfermos, e de serviços de apoio ao diagnóstico, particularmente exames laboratoriais com o fim de agilizar o processo de identificação dos riscos de contaminação a fim de se fazer o controle epidêmico

das doenças que circulavam naquele período (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Desta forma foi que rapidamente se instalou um gigantesco parque tecnológico de oferta de serviços privados no campo da saúde, dando origem ao que se convencionou chamar hotelaria hospitalar, embrião do modelo da medicina de grupo que a partir daí se instalou no Brasil. Desde então o setor privado passou a ofertar leitos e serviços de apoio ao diagnóstico para uma clientela originária do setor público, tornando-o cada vez mais dependente desta parceria.

Depois, neste mesmo ano, para viabilizar a proposta de parceria com setor privado, o governo criou o Programa de Pronto Atendimento (PPA), também conhecido como “Plano de Pronta Ação”, através do qual o setor público passa a viabilizar a prática de compra de serviços de saúde diretamente do setor privado, transformando a clientela oriunda dos serviços públicos, em usuários cativos do setor privado (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Neste contexto e através destas ações é que se consolida a história de idas e vindas do modelo médico assistencial que se organizou em torno da previdência social, tendo em sua origem um caráter privado, tornando-se público na década de 60 e voltando a degenerar-se para o caráter privado como extensão do público a partir da década de 70.

2.1.5 Crise previdenciária e o início das propostas de formação de recursos humanos em saúde

Insatisfeitos com as mudanças promovidas no âmbito da previdência social, a elite dos trabalhadores, em especial a classe média e, em particular, os servidores públicos passaram a migrar através dos planos de saúde para a assistência ofertada pela medicina de grupo.

A partir de meados da década de 70, inicia-se na sociedade um forte processo de mobilização com o objetivo de exigir liberdades democráticas. No setor saúde, como resultante da ação dos profissionais da área, de acadêmicos, de partidos políticos e de lideranças sindicais e populares, começa um processo de questionamento sobre o Sistema Nacional de Saúde vigente.

No campo da formação dos trabalhadores da saúde, uma importante iniciativa foi tomada em 1975 com a criação do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), a partir de uma experiência de cooperação entre a Organização Pan-americana da

Saúde (OPAS/OMS) - um organismo internacional especializado em saúde - e o governo brasileiro. O PPREPS foi estruturado como estratégia de construção da viabilidade dos Programas de Expansão de Cobertura (PEC) e desde então as políticas de recursos humanos passaram a assumir um papel de destaque no âmbito das ações do Ministério da Saúde (MENDES, 1993).

Na linha dos Programas de Expansão de Cobertura implantados no final da década de 70, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), vinculado ao Ministério da Saúde e instituído pelo Decreto-Presidencial de nº 78.307, de 24 de agosto de 1976 (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Em 1977 o governo promove uma reforma no modelo previdenciário, a partir da qual cria o Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (SINPAS), com a função de coordenação das ações da previdência que, desde então, deixou de ser executada exclusivamente através do INPS, que passou a gerir apenas o sistema de aposentadorias e pensões e outros direitos relacionados ao mundo do trabalho como o seguro desemprego. A ação de arrecadação passou a ser atribuição do Instituto de Arrecadação da Previdência Social (IAPAS) e as ações de assistência médica passaram a ser executadas através do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Com isto a ação de arrecadação foi separada das ações executivas da previdência social, assim como os benefícios passaram, desde então, a serem gerenciados de forma separada das ações de assistência médica.

A criação do INAMPS marcou uma fase de declínio do sistema de assistência médica da previdência, pois o grande crescimento das taxas de adoecimento que marcaram a década de 70, associado à opção de investimento no setor privado, levou a um rápido processo de sucateamento dos seus serviços (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

O INAMPS surge neste cenário como um natimorto, uma instituição sem capacidade de intervenção e resolutividade dos problemas que passam a fazer parte do cotidiano da vida dos brasileiros, uma organização que foi se tornando cada vez mais ineficaz e ineficiente. Ainda em 1977 o governo toma a iniciativa de criar, através do Decreto Nº 79056, a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária.

Com a crise econômica a pressão aumenta e com ela a insatisfação dos trabalhadores cresce a cada dia com as medidas adotadas pelo governo militar. Logo surgem as

mobilizações dos trabalhadores que culminam em greves e o movimento sindical passa a ser impulsionado a impingir uma luta pelo fim da ditadura.

Veio então a abertura política institucional que, segundo o governo, deveria ser lenta, gradual e segura, como um movimento capaz de reconduzir o país à normalidade democrática.

No campo da saúde novidades chegam de Alma Ata – URSS, com a realização em 1978 de uma Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde que declara a saúde como um direito humano fundamental e inicia uma luta por “saúde para todos no ano 2000” (MENDES, 1993).

2.2 AS BASES PARA A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

No Brasil, as orientações de “Alma Ata” vão se converter no final da década de 70 e início da década de 80 no “Movimento pela Reforma Sanitária”, que vai encontrar inspiração nos pressupostos políticos da 3ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1963, a qual postulava a organização de um novo modelo assistencial baseado no sanitarismo, em particular, na estruturação da atenção básica com ênfase na execução de ações preventivas de saúde, para fundamentar os postulados para a reforma do sistema de saúde brasileiro (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Em 1979 foi apresentada, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados, uma proposta de organização de um “Sistema Único de Saúde”. Este mesmo evento aprovou também um documento sobre “A questão democrática na saúde”, que passou a orientar, desde então, as ações do “Movimento pela Reforma Sanitária”.

Em março de 1980 ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde (RADIS, 2003), que debateu a implantação e o desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), organizado pelo governo em resposta às ações do movimento sanitarista que lutava pela mudança do modelo assistencial e da reorganização do sistema público de saúde (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Entretanto, coerente com as políticas instituídas para a América Latina, o Prev-Saúde constituía um programa de serviços básicos, estruturado como uma rede regionalizada, que tinha como componente fundamental o nível primário da assistência. O Prev-Saúde representou ao mesmo tempo uma primeira iniciativa a fim de atender às orientações de Alma Ata, ao instituir serviços no nível básico da assistência, e um passo importante para o processo

de descentralização das ações de saúde almejando uma maior cobertura assistencial. Mas esta foi uma iniciativa que não chegou a sair do papel em detrimento das pressões exercidas pela Federação Brasileira de Hospitais e da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRANGE), fazendo prevalecer os interesses privados e corporativos (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

No campo da saúde pública são criadas a Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde (SNABS) e a Divisão Nacional de Epidemiologia (DNE), as quais assumem a função de notificação compulsória da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP).

O agravamento da crise acabou levando o governo a adotar em 1982, mudanças na estrutura da previdência social com a criação do Conselho Consultivo de Administração Previdenciária (CONASP), como um plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social, que depois de aprovado tornou-se a política institucional oficial, por meio da portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982 (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Entretanto, além do CONASP não mudar o que já existia, este projeto limitou-se a representar uma estratégia de contenção de gastos públicos e a tentativa de administrar um sistema que também não era único. Demonstrando claramente a força que representava o sistema privado e ao mesmo tempo a falta de vontade política do governo em defender os princípios de um sistema único conforme postulado pelo movimento da reforma sanitária.

Até então, o conjunto das ações de saúde era organizado por diferentes mecanismos de gestão com diferentes perspectivas organizacionais. De um lado, o modelo médico-assistencial organizado e coordenado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social e, de outro, o modelo de saúde pública executado pelas ações e serviços de saúde, organizadas a partir da ação do Ministério da Saúde. Este paralelismo não contribuía para as possibilidades de integração das ações, favorecendo a constituição de uma gestão ineficaz por parte União.

Porém, a década de 80 profundamente marcada por um intenso processo de mobilizações, trouxe para a arena política importantes mudanças que geraram profundas transformações no cotidiano da sociedade brasileira. Com a ampliação da luta por liberdades democráticas, inicia-se um longo processo de reformas políticas e sociais.

A década conhecida como de transição democrática, vai aos poucos levar a sociedade a um processo de desconstrução dos instrumentos de controle e repressão da ditadura militar. Primeiro com a eliminação dos entraves jurídicos que serviam de sustentáculos às ações de

controle repressivo com o fim do AI-5, da censura, da lei de segurança nacional, etc; depois com a restauração dos direitos políticos e sociais e da promoção da anistia política.

A ditadura que já estava por um “fio” se viu obrigada a ceder ainda mais. Primeiro com a reforma partidária readmitindo o pluripartidarismo, para em seguida promover eleições diretas para prefeitos e governadores em 1982.

A oposição terminou por sair vitoriosa nos pleitos eleitorais tanto para os governos estaduais, como para os municipais. Estes resultados acabaram legitimando a tese da municipalização, evocando para o âmbito dos municípios um novo papel no cenário político da sociedade brasileira no processo de construção de uma nova identidade cidadã (MENDES, 1993; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Até este momento o campo da saúde era muito focado nas ações mantidas pela União, pelos estados e pelos municípios de grande porte e por aqueles com a função de capital. Características que marcavam a organização de um sistema público de saúde altamente verticalizado e centralizado, estruturado a partir de pólos regionais de assistência.

A histórica forma centralizada como se organizou o sistema de saúde brasileiro propiciou o surgimento de grandes vazios assistenciais, fazendo com que as populações dos municípios do interior tivessem enormes dificuldades em acessar os serviços de saúde disponíveis nos municípios sede dos pólos regionais de saúde.

O distanciamento dos municípios do interior aos pólos regionais acabou propiciando o desenvolvimento de uma cultura denominada de “rebocoterapia”, que consistia no deslocamento de pacientes destes municípios até os pólos regionais de saúde, geralmente através do serviço de ambulâncias disponibilizadas pelos municípios de origem dos pacientes, que comumente percorriam um mínimo de 200 Km, às vezes por estradas tortuosas, quando estas existiam, e em geral em péssimos estados de conservação (MENDES, 1993).

Estes eram, como extensão dos elementos que caracterizam economicamente a desigualdade social, os principais fatos denunciados pelos sanitaristas como elementos geradores das iniquidades oriundas das relações sociais e de produção, que historicamente concentraram no meio urbano os equipamentos necessários à produção da vida para aqueles que através do trabalho urbano tiveram a eles atribuídos direitos de uma cidadania que não era consignada à maioria.

Em meio às mudanças da década de 80, os Secretários Estaduais de Saúde organizam-se através de um órgão próprio que passou a representá-los. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) surge em fevereiro de 1982 como uma entidade de direito

privado, sem fins lucrativos, que se pauta pelos princípios que regem o direito público e que congrega os Secretários de Estado da Saúde e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde (SES) dos estados e Distrito Federal, tendo Adib Jatene, na época Secretário de Saúde de São Paulo, como seu primeiro presidente.

Também como sinais dos novos tempos, as prefeituras começaram a organizar, no lugar das antigas Secretarias Municipais de Bem Estar Social (SMBES), as secretarias municipais de educação, de saúde, de cultura e de desenvolvimento social. E a partir das secretarias municipais de saúde estruturou-se, ao longo dos anos 80, uma verdadeira explosão de serviços ambulatoriais organizados pelos municípios na forma de postos e centros de saúde.

Tratava-se da extensão dos cuidados primários de saúde preconizados pela conferência de Alma Ata, agora sob domínio de uma nova cidadania que aos poucos ia se caracterizando na relação construída entre os munícipes e a nova ordem política.

Neste contexto de mudanças, não tardou veio a campanha pelas “diretas já”. Tratava-se de um movimento popular, sindical e suprapartidário em defesa das eleições diretas para presidente da república. Era o início do fim do regime militar e o começo de uma nova era em busca da consolidação da chamada transição democrática.

Na medida em que a municipalidade foi tomando centralidade, este novo contexto permitiu a implementação de um novo projeto no campo da saúde com a institucionalização das Ações Integradas de Saúde (AIS), sinalizadas como uma nova estratégia de planejamento e gestão das ações e serviços com o objetivo de promover o reordenamento das políticas de saúde. A organização das AIS provocou o desgosto dos setores resistentes que se beneficiavam com a ineficiência do setor público (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

A implementação das ações integradas de saúde significou o início de uma importante mudança no campo da gestão do sistema de saúde brasileiro, na medida que representava um passo fundamental para um novo campo de lutas que se abriu a partir dos novos mecanismos de planejamento de caráter descentralizado das ações e serviços de saúde, na medida em que foram incorporadas no processo de gerenciamento estratégias como a regionalização e a integração de ações executadas pelos diferentes entes federativos (União, Estados e Municípios) e pelos distintos níveis de complexidade do sistema de saúde (Ações básicas, especializadas e de alta complexidade).

Os diálogos que se iniciaram entre os gestores a partir das ações integradas de saúde sobre as responsabilidades dos diferentes entes federados propiciaram o início da concepção e organização dos sistemas locais de saúde, com base em ações previamente planejadas e discutidas pelos gestores das diferentes esferas administrativas, possibilitando que as ações passassem a ser organizadas de forma descentralizadas e regionalizadas, favorecendo a institucionalização dos distritos sanitários de saúde como eixo da organização dos sistemas locais.

Entretanto, em 1984 ocorre uma importante mudança na direção do Inamps, o que acaba levando mais uma vez ao favorecimento da iniciativa privada com a institucionalização da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), como instrumento introduzido pelo sistema para promover a compra de serviços de saúde da rede privada conveniada em áreas estratégicas da assistência. O que termina por constituir-se num entrave que leva as ações integradas de saúde a um estado de semi-paralização (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007).

A resposta veio em fevereiro de 1985, quando os Secretários Municipais de Saúde, reunidos em Montes Claros - MG, lançam a Carta de Montes Claros, com a denominação de “Muda Saúde”, estabelecendo o marco referencial de um novo movimento municipalista em saúde, a partir do qual a luta pela descentralização passa a ser uma orientação fundamental na busca pela reorganização do sistema de saúde brasileiro (MENDES, 1993; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

No entanto, no âmbito da sociedade ocorre um novo golpe político, pois as “diretas já” não se concretizam, mas Tancredo Neves chega eleito indiretamente por um Colégio Eleitoral a Presidência da República, enquanto nos bastidores aspirava-se ainda um clima ditatorial.

Apesar de eleito numa escolha indireta, Tancredo morre aos 21 de abril de 1985 não chegando a ser diplomado presidente e em seu lugar toma posse o maranhense José Sarney, dando início ao que se convencionou chamar de “Nova República”, caracterizada pelos projetos de ampla democratização política e de estabilidade econômica.

Apesar da experiência do PPREPS que aconteceu na segunda metade da década de 70, havia um grande vazio de propostas no campo da formação dos trabalhadores da saúde, contra o qual foi instituído, ainda no ano de 1985, o “Projeto Larga Escala”. A partir do qual foram criadas as Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, com o propósito de atender às demandas por formação técnica dos trabalhadores que atuam nos serviços e nos sistemas de saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010j).

O “Projeto de Formação em Larga Escala” estabeleceu-se como uma experiência pedagógica, amparada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Federal nº 5.692/1971) e tinha como objetivo principal, qualificar profissionalmente o pessoal de nível médio e elementar que atuava nos serviços públicos de saúde e que não tiveram oportunidade anterior de escolarização (GRYSCHEK et al, 2000, p. 196).

O Projeto Larga Escala surgiu de um acordo inter-ministerial, entre o Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social e Ministério da Educação, instituído pela Portaria de 11 de março de 1980, alterada pela Portaria Ministerial de 27 de abril de 1984, ratificado pela Resolução CIPLAN nº 15 de 11/11/85 (BRASIL, 1985). Esta Resolução vem aprovar o Projeto de Formação em Larga Escala de Pessoal de Nível Médio, como sendo a estratégia prioritária para a preparação de recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde que buscava a integração dos serviços (GRYSCHEK et al, 2000, p. 197).

As Escolas Técnicas e os Centros Formadores foram instituídas no contexto do ‘Projeto Larga Escala’ e do movimento pela reforma sanitária brasileira, a partir, principalmente, da iniciativa das secretarias estaduais de saúde, as quais são vinculadas.

A experiência de institucionalização das Escolas Técnicas e Centros Formadores ocorreram a partir da estratégia de utilização das unidades de saúde como espaços de aprendizagem e da qualificação pedagógica dos profissionais de nível superior vinculado aos serviços de saúde para atuarem como corpo docente nos programas de formação dos trabalhadores (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010b).

Tratando-se de uma estratégia de formação de recursos humanos para o setor saúde na linha da proposta de implementação de cuidados primários de saúde, o “Larga Escala” foi desenvolvido buscando, em particular, gerar impacto no processo de qualificação dos atendentes e auxiliares de enfermagem.

Em março de 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a), convocada com o objetivo de fornecer subsídios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e gerar elementos que permitissem uma ampla discussão sobre a saúde na Constituinte. Nesta conferência são firmados os princípios que fundamentariam a estruturação do Sistema Único de Saúde, além de cunhar um conceito de saúde mais amplo e mais abrangente ao apontar que a saúde tem fatores que lhe são condicionantes e determinantes, assumindo-os como fundamentais para a promoção da saúde e o pleno exercício da cidadania (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Em continuidade à 8ª Conferência Nacional de Saúde e tendo por tema central a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”, é realizada em outubro de 1986 em Brasília a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (Brasil, 1986b), constituindo-se em um fórum privilegiado de debate dos problemas deste campo.

De acordo com o relatório final da I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (BRASIL, 1986b), participaram do evento cerca de 500 pessoas, aglutinando profissionais de diversas áreas, dentre as quais a da saúde, da educação, do trabalho e da administração, bem como de um significativo número de usuários do sistema. Nesta conferência os participantes foram reunidos em 22 grupos de trabalho, a partir dos quais discutiram os vários temas que constituem o amplo espectro da área de recursos humanos, a fim de assegurar o caráter mais abrangente possível dos diversos aspectos que compõem uma política de recursos humanos para o setor saúde.

Um ponto forte desta Conferência apontava a necessidade de vincular as instituições que prestam os serviços de saúde com as que formam os seus trabalhadores, objetivando criar condições políticas e técnicas que viabilizassem a premissa de que a “saúde é um direito dos cidadãos e um dever do Estado”.

O resgate da importância e da dignidade do trabalho, com ênfase ao do setor público, a construção de uma nova ética social, que rejeite aqueles valores tão familiares ao autoritarismo selvagem, que se guiam pela ética da vantagem e do individualismo irracional estão a exigir um compromisso mais democrático das instituições para com a sociedade, constituindo-se em mais uma frente de luta no sentido de uma sociedade mais justa (BRASIL, 1985).

A Conferência parte de um diagnóstico que aponta que a formação da mão-de-obra proporcionada através dos aparelhos de formação, não é adequada nem às necessidades de saúde da população brasileira, assim como não são adequadas às necessidades dos serviços em prover uma ação que caminhe ao encontro dos direitos de cidadania.

São iniciativas que procuram corrigir as muitas distorções do campo originárias da forma como o mercado de trabalho em saúde historicamente se estruturou, sem considerar as necessidades concretas do serviço público, bem como as necessidades de saúde da população em geral.

A idéia central consistia em desencadear a partir destas iniciativas um conjunto de medidas com a finalidade de intervir na definição dos quadros de pessoal, no nível da remuneração dos trabalhadores, na formação do pessoal da saúde de todos os níveis, no

processo de recrutamento e seleção, na ascensão e progressão das carreiras, no desenvolvimento profissional e nas jornadas e regimes de trabalho. Era o início do processo de formulação de uma política consistente de recursos humanos para o setor.

Neste sentido o principal desafio consistia na formulação de novos princípios gerenciais que atribuíssem uma maior efetividade para a execução das ações e dos serviços de saúde.

A idealização e o planejamento do novo Sistema de Saúde, por si só, não garantem a sua concretização. Uma das principais condições para que isto ocorra será a existência de suficiente decisão e competência de modo a ser possível derrubar as velhas estruturas, ao tempo em que se edificam as novas. Este é o principal desafio da nova gerência (BRASIL, 1986).

Tratava-se, portanto, de introduzir novas praticas gerenciais, não só do ponto de vista de novas estratégias organizacionais, como também do sentido atribuído às ações, neste caso, concebidas de maneira coletiva, participativa, incorporando à execução cada ator envolvido em seu processo.

Além disto, o relatório da conferência apontava que praticamente não havia articulação entre o setor educacional e as instituições prestadoras de serviços de saúde. E que por esta razão a relação estabelecida entre órgãos formadores e instituições de saúde apresentavam um conjunto enorme de entraves que dificultavam a possibilidade de integração entre eles, dentre os quais se destacam:

1. Ausência de objetivos comuns entre instituições envolvidas com a formação e com os serviços;
2. As Ações Integradas de Saúde, embora assumidas como a estratégia viável para a criação do Sistema Unificado de Saúde, não vinha respondendo, na prática, a necessidade de integração saúde-educação no que diz respeito à formação de RH (nível médio e elementar);
3. A atividade de desenvolvimento dos Recursos Humanos, embora considerada prioridade no âmbito do discurso, na prática não é assumida como tal;
4. O setor educacional, historicamente, não respondia às necessidades de profissionalização para o setor saúde em função da pequena oferta de vagas e da inadequação curricular à realidade dos serviços.;

5. A lógica privatizante do setor educacional bloqueava, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor saúde a partir de sua necessidade e realidade;
6. A ausência de uma participação efetiva das instituições prestadoras de serviços de saúde junto ao setor educacional era apontada como causa e consolidação das distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às reais necessidades dos serviços, marcadamente do setor público de saúde.

Este era o conjunto de dificuldades que se traduziam em entraves para a consolidação de uma política de recursos humanos para o setor saúde, que precisava ser ampla o suficiente para permitir a instituição das mudanças propostas pelo movimento da reforma sanitária.

Ainda em 1986 realiza-se, em Ottawa - Canadá, a primeira conferência internacional sobre promoção de saúde, que aprova a Carta de Ottawa para promoção da saúde, tornando-se, desde então, um documento de referência para o campo da saúde pública.

A Carta de Ottawa declara que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e; equidade. E que o incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos.

Em fevereiro de 1987 é instalada a Assembléia Nacional Constituinte, sob comando e coordenação do então Deputado Ulysses Guimarães e composta pela participação de 497 Deputados e 72 Senadores, que após 20 meses de trabalho promulgaram, em 05 de outubro de 1988 a oitava Constituição brasileira, a qual foi carinhosamente batizada por Ulysses de "carta cidadã" (OGLOBO, 01-02-2007).

Mas a pressão por mudanças na organização do sistema de saúde era tanta que ainda em 1987, como resultante das deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o governo resolveu Implantar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como continuidade à estratégia até então adotada pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 1993; BAPTISTA, 2007; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

Com a instituição do SUDS, propostas como integração, hierarquização e regionalização são assumidas como estratégias fundamentais no processo de reorientação organizacional do sistema de saúde. A idéia fundamental era implementar um processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde em duas etapas principais: Previsto para

que num primeiro momento o processo se efetivasse descentralizando as ações da união para os estados e, numa outra etapa, dos estados para os municípios.

Os propósitos-chaves estavam na idéia de conceber um sistema que permitisse ao mesmo tempo imprimir maior racionalidade ao sistema de saúde em busca tanto de maior eficiência, quanto de maior eficácia e concomitantemente representar uma forma de organização baseada numa única porta de entrada para o sistema. Tratava-se de uma tentativa de eliminar a dicotomia instituída em 1975 pelo Sistema Nacional de Saúde (Lei 6229), através da qual à saúde cabiam preferencialmente as medidas de caráter coletivo, enquanto que à Previdência Social ficava a responsabilidade por prover as ações de caráter individual (MENDES, 1993; NORONHA; LEVICOVITZ, 1994).

A questão que se colocava em relação a esta nova realidade é se esta estratégia de superação das dicotomias obtida através de um “acordo de cavalheiros” envolvendo os dois ministérios eram suficientes para permitir a universalização do acesso às ações e aos serviços e à democratização do direito a saúde ou se elas se resumiam a simples estratégias operacionais sem representar significativas mudanças na orientação organizacional do sistema?

No entanto, o clientelismo originário da cultura “coronelista” existente no interior das Secretarias Estaduais de Saúde que atribuía aos municípios correligionários os benefícios do convênio com o SUDS e imputavam aos não aliados “o caminho das pedras” num longo percurso burocrático que se instituía como verdadeiras barreiras institucionais para se alcançar os mesmos benefícios, além do vasto processo de corrupção identificado nas ações do aparelho administrativo das SES através dos quais se verificou um profundo processo de evasão de recursos, acabou fazendo com que o SUDS tivesse uma curta existência (MENDES, 1993).

Em função deste contexto a Constituição de 1988 terminou por apontar no capítulo da saúde a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), como sua nova estratégia de reorganização (BRASIL, 1988).

3 A GESTÃO DO SUS E A FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES QUE ATUAM NO CAMPO DA SAÚDE

3.1 A PROPOSTA DE REORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde, tornando-se um marco na história da saúde pública ao definir em seu Artigo 196 “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação a saúde como um direito de todos e um dever do estado” (BRASIL, 1988).

Ao definir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o texto constitucional acabou gerando a necessidade de um conjunto de leis complementares voltadas à organização e implementação do Sistema Único de Saúde - SUS, dentre as quais se destaca a “Lei Orgânica da Saúde” - Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990); além de inúmeros decretos, portarias conjuntas e portarias normativas do Ministério da Saúde. Um arcabouço jurídico e legal sobre o SUS que precisa ser de conhecimento de todos: gestores do sistema, dos trabalhadores, dos estudantes e, inclusive, da população em geral.

Definir a saúde como um direito universal, significa dizer que cabe ao estado, como uma de suas obrigações, prover as ações necessárias para a promoção das condições de promoção e de atenção à saúde dos indivíduos bem como da coletividade.

Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

A universalização do direito à saúde aponta de imediato pelo menos duas questões fundamentais e contraditórias para uma sociedade que se construiu a partir de uma cidadania partida, opondo de um lado aqueles aos quais se atribuiu historicamente o direito como uma extensão da relação estabelecida com o mercado de trabalho, e de outro, os que vêm no direito, a extensão de uma cidadania que nunca lhes fora atribuída. O que necessariamente implica num enfrentamento com as questões das iniquidades e da desigualdade social.

Mesmo porque, no contexto do novo arcabouço jurídico que norteia os parâmetros de implementação e organização do SUS, destaca-se o entendimento ampliado com o qual se passou a trabalhar o novo conceito de concepção da saúde, ao atribuir-se que a saúde tem fatores que lhes são condicionantes e determinantes.

Art. 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Mas não podemos esquecer que se trata de direitos que passam a ser constituído no contexto de uma sociedade que tem sua organização fundamentada nas relações de classe que a caracteriza, ou seja, relações sociais e de produção que expõe o domínio de uma classe sobre a outra, típica do modo de produção capitalista.

Outra questão importante encontra-se relacionado ao fato da universalização ampliar o direito, até então atribuído a aproximadamente 40 milhões de trabalhadores contribuintes da previdência social, para o conjunto dos brasileiros natos ou naturalizados. Uma decisão que faz com que se amplie de uma só vez em pelo menos quatro vezes o número de indivíduos que passam a gozar do direito de cobertura pelo sistema público de saúde ao torná-lo de relevância pública em suas ações e serviços de saúde.

Art. 197º - São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (CF-1988. Título III, Da Ordem Social. Cap. II, Sessão II).

E certamente, por este mesmo motivo, o direito universal também foi acompanhado de retrocessos, pois apesar dos avanços reconhecidamente identificados no texto constitucional, é nele mantida a brecha para que as relações historicamente estabelecidas entre o sistema público e o sistema privado permaneçam consolidadas e instituídas na forma da lei.

Art. 199º - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou

convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (CF-1988. Título III, Da Ordem Social. Cap. II, Sessão II).

De certo a ampliação do direito à saúde representou para a iniciativa privada também a oportunidade de ampliação de um mercado emergente, para o qual não se mediram esforços para promover o necessário ‘lobby’ que garantiria no texto constitucional a legalidade institucional destas relações. Embora no § 2º do Art. 199 da Constituição de 1988 mencionar que “é vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos”. Ora, como então justificar o abatimento com gastos em saúde, inclusive de manutenção dos planos de saúde, no imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas? Dinheiro que poderia, por exemplo, estar sendo revertido para a melhoria da qualidade dos serviços públicos.

Mas ao invés disto, acaba convertendo-se em uma nova dicotomia, uma vez que o principal beneficiário do mencionado artifício termina sendo afastado do sistema público de saúde, ao se proporcionar que uma significativa parcela dos trabalhares seja estimulada, pela via dos planos de saúde, a aderir aos serviços ofertados pelo sistema privado. Sem contar com os serviços comprados diretamente da iniciativa privada pelo sistema público sob o pressuposto da complementação de serviços supostamente deficitários na rede pública. E neste sentido, a “bola de neve” que “sangra” os cofres públicos parece não ter fim.

Paradoxalmente o § 3º do Art. 199 da Constituição determina que “é vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei”, resquícios de um nacionalismo que em tempos de globalização deixou de fazer sentido, pois o império do mundo tecnológico que se abateu sobre a organização da sociedade já não mais permite pensar em fronteiras para o capital em territórios em que a burguesia triunfou. Prova disto é a ação dos empreendimentos multinacionais e a transnacionalização da economia com a providencial abertura ao capital internacional.

Mas o desenvolvimentismo tecnológico base do estilo de organização do mundo contemporâneo, também abriu brechas na lei para que sua evolução possa ter continuidade com a inclusão de condições e requisitos que facilitem a implementação de suas ações.

Art. 199, § 4º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus

derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização (CF-1988. Título III, Da Ordem Social. Cap. II, Sessão II).

Neste caso o que normalmente se evoca é a atribuição da ética, ou seja, tudo o que vem através de mecanismos que induzam o ato da doação, não deverá ter valor comercial. Mas não nos esqueçamos que a resultante de toda ação produzida por meio de relações sociais efetivadas numa estrutura de classes de ordem burguesa, tem por finalidade a manutenção da mesma. Ainda sobre esta questão é importante salientar que a parte a qual encontra-se vedado qualquer tipo de comercialização deve-se estritamente ao ato compreendido na doação, o que não significa tratar-se de uma ação sem custo. Principalmente tratando-se de uma área na qual se tem um denso emprego da alta tecnologia.

Estas questões são colocadas, ao mesmo tempo em que na lógica dos pressupostos construídos pelo Movimento da Reforma Sanitária, a institucionalização do SUS implicou na adoção de um conjunto de princípios de caráter ideológicos, como o direito universal, a equidade, a integralidade e o controle social, que para sua implementação exigiram a necessidade da instituição de um outro conjunto de princípios de caráter organizativos e operacionais do sistema de saúde que também foram incorporados ao texto da carta magna.

Art. 198º- As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único; organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III – Participação da comunidade.

§ 1º - O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (CF-1988. Título III, Da Ordem Social. Cap. II, Sessão II).

Com isto o ideal da extensão do direito através da universalização das ações e serviços de saúde preconizado na perspectiva de um acesso que fosse ao mesmo tempo igualitário, ganhou efetividade na concepção da estruturação de uma organização alicerçada por mecanismos de descentralização, com o propósito de favorecer a organização dos sistemas locais de saúde.

É neste contexto que o município se insere como a célula fundamental da estrutura organizacional preconizada para o SUS. Isto porque a estratégia da municipalização das ações e dos serviços de saúde favorecia também a implementação de outros princípios, como, por

exemplo, o controle social. Uma vez que a gestão do sistema passava a ser realizada de forma mais próxima dos usuários, bem como do ambiente locorregional em que ocorrem os eventos da saúde, propiciando o uso da regionalização enquanto um instrumento de gestão, com o intuito de criar as condições adequadas para que o planejamento das ações possa ser organizado segundo as necessidades identificadas em função da realidade de cada localidade.

Art. 8º - As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Além do fato de que a regionalização das ações e serviços de saúde cria um ambiente favorável à política da intersetorialidade, fundamental para a constituição diálogo político entre os diversos atores que participam do processo de gestão do SUS. Possibilitando não só uma maior aproximação entre os diferentes níveis de gestão, bem como dos gestores nos distintos níveis de complexidade do sistema.

Este novo contexto em que se insere o SUS, tem na constituição de 1988 a definição de um novo conjunto de atribuições e competências que passam a orientar a ação dos gestores nos diferentes níveis de complexidade e de organização do sistema.

Art. 200º - Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (CF-1988. Título III, Da Ordem Social. Cap. II, Sessão II).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/Set./1990) em seu Art. 4º define que “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público,

constitui o Sistema Único de Saúde – SUS”. Também define em seu § 2º que “a iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde - SUS, em caráter complementar”.

Com isto, aos poucos, um novo desenho organizacional vai sendo moldado, fazendo com que os objetivos do sistema ganhe uma nova configuração a partir da definição de que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”.

Art. 5º - “São objetivos do Sistema Único de Saúde – SUS”:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;
II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990).

Esta nova configuração a qual o SUS encontra-se circunscrita, muda significativamente a relação estabelecida entre o estado e a sociedade, pois passa a ter na cidadania o eixo das ações atribuídas ao SUS como o conjunto de suas obrigações, ou seja, a idéia de que ser cidadão passa a não depender mais da condição de ser contribuinte.

3.2 A INSTITUCIONALIZAÇÃO DO SUS, SEUS DESAFIOS E AS POSSIBILIDADES DE CONSOLIDAÇÃO DA PROPOSTA ORGANIZACIONAL

3.2.1 Década de 1990 – A normatização pelas NOB’s

Embora o processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro tenha tido ênfase com a promulgação da Constituição de 1988, que acabou levando à instituição do Sistema Único de Saúde – SUS e promovendo significativa reestruturação organizacional das ações e serviços de saúde, em particular no sistema público, as mudanças efetivas só começaram mesmo com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080/ago./1990 (BRASIL, 1990), e da instituição da primeira Norma Operacional Básica nº 1 de 1991 - NOB–91 (BRASIL, 2003a), já durante a gestão do governo do Presidente Fernando Collor de Melo.

Mesmo porque, embora a Lei Orgânica tenha, por força da lei, a função estratégica de regulamentar as ações, os serviços e o sistema de saúde, o seu funcionamento prescindiu da instituição de normas específicas com a finalidade de pô-lo em operação.

O ato que mais influenciaria os rumos da organização do SUS veio do INAMPS com a edição da norma operacional básica do SUS nº 01/91. Editada pelo presidente do INAMPS como resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991, essa norma tinha por finalidade regulamentar a aplicação das leis nº 8.080/90 e 8.142/90, mudando os rumos do SUS.

A instituição desta norma define as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas atribuições no processo de implantação do SUS.

Neste sentido, é através da edição da NOB-91 que se inaugura o processo organizacional de viabilidade das ações executivas e operacionais do SUS. Pois é através dela que se inicia o processo de adesão dos estados e dos municípios à sua estrutura organizacional.

O processo de adesão ao SUS promovido pela NOB-91, era estabelecido através de convênios que eram estabelecidos entre as partes contratantes. O estabelecimento dos convênios com a finalidade de vinculação dos estados e municípios ao SUS, implicava na necessidade de atendimento, por parte destes, de uma série de pré-requisitos, dentre os quais se destacam as necessidades de:

1. Dispor de Conselho Municipal de Saúde;
2. Dispor de Plano Municipal de Saúde;
3. Dispor de Fundo Municipal de Saúde;
4. Contrapartida de recursos próprios do orçamento municipal;
5. Manter a remessa de informações para manutenção do Banco de Dados do DATASUS;
6. Manifestar junto à Comissão Intergestores Bipartite, desejo em assumir as responsabilidades da condição de gestão (Inclusive quanto à incorporação das ações e serviços objeto do processo de descentralização).

Atendidas as exigências e pré-requisitos, tanto os estados quanto os municípios passavam a dispor dos recursos repassados pelo SUS. Neste processo a transferência dos recursos se realizava de forma direta através do mecanismo fundo a fundo, pelo qual o Fundo Nacional de Saúde repassa a cada ente conveniado o percentual estabelecido no ato do convênio, calculado em função da capacidade instalada, do número de habitantes e do perfil epidemiológico em cada região de saúde.

O ato do convênio marca o passo fundamental para que as ações e serviços de saúde planejada na perspectiva organizacional do SUS entrem em operação. Uma vez que segundo critérios estabelecidos pela NOB-91, o ato de adesão inaugura também a condição de gestão incipiente a qual estados e municípios foram enquadrados ao atender aos pré-requisitos básicos do convênio. A idéia central contida nos critérios de enquadramento proposto na norma estabelecia um itinerário através do qual os sistemas locais de saúde percorreriam diferentes estágios de gestão até atingir a condição autonomia para prover diretamente as ações e serviços segundo a lógica preconizada pelo SUS.

Ainda em função da NOB-91 é disparado o processo institucional de organização dos conselhos e conferências de saúde assumidas como instâncias de gestão do sistema capaz de acolher a participação social no SUS como um princípio doutrinário assegurado na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL 1990b). Período em que surge também o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com o intuito de fechar através do agente comunitário o elo entre os serviços de saúde e a comunidade.

Neste mesmo período de implementação da NOB-91, ocorre uma importante mudança nos mecanismos de organização do financiamento para o SUS com a transferência do INAMPS para o Ministério da Saúde, ao mesmo tempo em que o INSS - órgão arrecadador do Ministério da Previdência Social – passa a destinar 25% de seu orçamento (da contribuição sobre a folha de pagamento de empregados e empregadores) para o Ministério da Saúde.

Na lógica de reestruturação do sistema público de saúde, através do Decreto n.º 100, de 16/4/1991, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), reunindo no seu interior diversos órgãos originários da saúde pública, como a FSESP, a SUCAM, a CEME e o DATAPREV entre outros, transformando-se numa gigantesca e poderosa organização, que logo se tornaria objeto de descentralização de suas ações em benefício do fortalecimento da idéia fundamental do SUS preconizado na lógica de estruturação dos sistemas locais de saúde. Deste processo também derivou, um pouco mais tarde, a instituição de novas organizações como a Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (SVS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de importantes programas de reestruturação do campo da vigilância em saúde, como o VIGISUS que veio a ser implementado no final da década de 90.

Em 1992 é instituída uma nova estratégia no processo de mudanças propostas para o SUS com a criação do “Pró-Saúde”, que surge como um programa que tem como principal objetivo a reorganização dos serviços de saúde com a participação das três esferas de governo.

Importante destacar que este novo contexto organizacional impunha um desafio a ele inerente e que deveria ser traduzido no esforço de conjugar o processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro aos efeitos da política de recursos humanos em saúde, como um dos grandes dilemas instituído pelo processo de mudança.

Pois às mudanças que estavam sendo institucionalizadas pelo processo de implantação do SUS apontavam para a necessidade de orientar a formação dos trabalhadores à compreensão da história que levou a consolidação do sistema convencional de saúde, de base flexineriana, voltado para uma estrutura hospitalocêntrica, altamente centralizada, orientada para um modelo médico-assistencial privatista, com ênfase na alta tecnologia diagnóstica e terapêutica e no uso de produtos medicamentosos, destinados à promoção da cura, disposto estritamente a atender às necessidades de assistência médica por parte da camada dos trabalhadores que contribuíam para o financiamento do sistema previdenciário, características e traços de um sistema profundamente excludente e desigual.

Para daí levá-los a compreender a formulação do movimento reformista por um sistema voltado para as ações preventivas, com ênfase nas ações da atenção básica, dentro de uma estrutura descentralizada, hierarquizada e regionalizada, com controle e participação da sociedade civil organizada em fóruns de gestão do sistema, com foco no direito a uma assistência universal, resgatando o direito a saúde como um direito do cidadão, viabilizado através de um acesso equânime e de uma atenção integral, a partir da reestruturação do sistema nacional, que passa a tomar como base de sua organização a implantação de sistemas locais de saúde, privilegiando as instâncias municipais como o eixo desta nova forma de organização das ações e serviços de saúde, com foco na promoção, preservação e recuperação da saúde individual e coletiva em busca do pleno exercício da cidadania.

Para então entender como os efeitos derivados destas mudanças contribuíram para a construção de um novo perfil profissional para o conjunto dos trabalhadores da saúde, direcionados à expectativa de transformá-los num corpo de servidores capazes de responder de forma crítica e reflexiva às demandas oriundas do processo de consolidação do Sistema Único de Saúde, de oferecer à população usuária uma atenção integral, garantida por um acesso equânime e irrestrito.

Outro grande desafio do campo das políticas de recursos humanos para o SUS, estava relacionado aos trabalhadores de nível médio e elementar, pois a falta de oportunidades, a subordinação com submissão, o desprestígio profissional não permitia destacá-los como agente estratégico do sistema de saúde.

Em 1992 foi convocada a 9ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992), em meio a um clima de aguda crise econômica e ética na política, que acabou levando ao impeachment do Presidente da República Fernando Affonso Collor de Mello.

A 9ª Conferência foi realizada tendo apresentado como central “A Municipalização é o Caminho”. Entre seus objetivos constava a discussão da Lei n.º 8.080/90, a qual o Presidente Fernando Collor vetou parcialmente, tendo dois dos seus principais artigos sido transferido para a Lei 8.142, sobre os mecanismos de financiamento e sobre a regulamentação da participação social no SUS. Além da proposta de uma nova Norma Operacional Básica que viria a ser publicada em 1993 - NOB 01/93 (BRASIL, 1992).

Os temas abordados na 9ª conferência foram: sociedade, governo e saúde; seguridade social; implementação do SUS e controle social (BRASIL, 1992). Tendo pouco acrescentado ao debate travado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacou-se pela implementação da discussão sobre desenvolvimento de recursos humanos que foi abordada como parte do tema sobre implantação do SUS.

Outra importante decisão política tomada por recomendação da 9ª Conferência Nacional de Saúde e que mudou significativamente os rumos do processo de reestruturação do sistema público de saúde, foi o processo de extinção, através da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, da estrutura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), com a imediata incorporação de suas unidades assistenciais à estrutura do Ministério da Saúde que a tornou objeto do processo de descentralização para os estados e municípios brasileiros (BRASIL, 1992).

Passado algum tempo do início do processo de reorganização do SUS, surgiu entre os gestores dos sistemas locais de saúde um importante movimento que levou ao questionamento dos critérios estabelecidos pela NOB-91 como mecanismo de enquadramento dos municípios na condição incipiente de gestão do sistema, pois os referidos critérios adotados pela norma não fazia nenhuma distinção entre os municípios que detinham alguma capacidade instalada daqueles sem nenhuma ou quase nenhuma capacidade instalada.

Foi então que se tomou a iniciativa de instituir uma nova norma, que foi editada após ter sido profundamente debatida nos fóruns da 9ª Conferência Nacional de Saúde. A Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 – NOB-93 (BRASIL, 1993a), surge estabelecendo a “Condição Semi-Plena de Gestão do Sistema de Saúde”, propondo enquadrar parte dos municípios a esta nova condição de gestão, através da qual, passariam a receber, em função deste novo enquadramento, uma parcela extraordinária de recursos pela prestação de serviços

que neles eram utilizados por usuários originários de outros municípios onde não se registrava a oferta destes referidos serviços.

Em função da edição da NOB-93, além daquelas seis primeiras exigências previstas na NOB-91, um novo conjunto de pré-requisitos passou a ser exigidos dos municípios candidatos ao enquadramento a esta nova condição de gestão, a partir das quais os municípios passaram a ter quatro novas exigências como pré-requisitos para o processo de habilitação:

1. Dispor de Relatório de Gestão;
2. Fazer a Manutenção de Banco de Dados do SIA-SUS e SIH-SUS;
3. Dispor de Comissão para elaboração de PCCS;
4. Dispor de Profissional Médico responsável pela emissão das Unidade de Capacidade Ambulatorial (UCA's) e das Autorização de Internação Hospitalar (AIH's).

Mas nesta nova condição de gestão atribuída pela NOB-93, estes municípios acabam transformando-se da condição de gestores para a de prestadores de serviços, momento em que a partir desta nova norma passou-se a utilizar a AIH (Autorização de Internação Hospitalar) como mecanismo de remuneração de serviços prestados entre entes públicos. Ou seja, através da prestação de serviços certos municípios passaram a poder faturar através da emissão da AIH de outros municípios com menor capacidade instalada, dentro de certos tetos financeiros previamente estabelecidos.

Com isto, a NOB-93 vai aos poucos revelar uma nova identidade para o SUS dividindo os municípios brasileiros em dois grandes blocos: de um lado, aqueles municípios com maior capacidade de gestão, arrecadação e oferta de serviços; de outro, um volume enorme de municípios com baixa capacidade organizativa vocacionados a uma condição de gestão com perfil de baixa complexidade. O que vai acabar levando o SUS a um ambiente de competitividade entre diversos gestores públicos.

Neste novo contexto, o que se verificou foi que a grande maioria dos municípios caracterizados por serem de menor porte, não tinham condições de candidatar-se à nova condição de gestão proposta na NOB-93, o que fez com que estes continuassem normatizados pelos critérios da NOB-91.

A NOB-93 também introduz novos instrumentos e mecanismo de gestão (BRASIL, 1993a), como as comissões intergestores bipartite (de âmbito estadual) e tripartite (nacional) enquanto instâncias de pactuação e deliberação para a realização dos pactos acordados entre os gestores do SUS e a definição de modelos organizacionais, além de definir, através da

Programação Pactuado Intergestores (PPI), a programação das ações de saúde em cada território norteando, desta forma, a alocação dos recursos financeiros para a saúde, seguindo critérios e parâmetros pactuados.

Nestas instâncias de gestão do SUS, as secretarias estaduais e municipais de saúde são representadas, respectivamente, no âmbito nacional pelo Conselho de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS¹) e no âmbito da gestão estadual pelos Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), em cada unidade da federação.

Não tardou vieram as reclamações sobre o mecanismo de financiamento adotado através da NOB-93, pois os gestores cujo os sistema foram enquadrados na condição semi-plena de gestão, apontavam que o dinheiro corrente não passavam de “moedas podres”, uma vez que não permitiam mais do que a reposição daquilo que já havia sido ofertado, pois o pagamento da fatura se baseava nos serviços prestados.

Alegava-se, portanto que, segundo a lógica de financiamento da NOB-93, não havia como criar e instituir novas ações, pois o dinheiro que entrava correspondia estritamente ao pagamento das ações e dos serviços que haviam sido previamente realizados.

Mas ao mesmo tempo em que se processam estas mudanças, registra-se o esforço do Ministério da Saúde em publicar um documento propugnando a radicalização do processo de reorganização do SUS através do cumprimento daquilo que estava disposto nas leis, através da edição de um caderno cujo título era: “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde - A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei” (BRASIL, 1993b). Tratava-se de um caminho sem volta, na busca da consolidação das perspectivas instituídas em torno da criação do SUS em prol da consolidação da estrutura dos sistemas locais de saúde.

Neste mesmo ano e recomendada pela 9ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1992), foi realizada em Brasília a II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, tendo por tema central “Os desafios éticos frente às necessidades de saúde” (CADERNOS RH EM SAÚDE, 1993).

Esta Conferência de Recursos Humanos marcou as contradições inerentes à área, bem como as tensões características do setor, apontando as questões dos Recursos Humanos em Saúde como estratégicas nos documentos sobre os processos de organização do SUS, embora

¹ Criado em 1988, é contemporâneo da Constituição Cidadã. CONASEMS, O Perfil do Conasems – Disponível em http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=16, Acessado em agosto de 2010.

pouco valorizadas e de pouca influência nas políticas públicas de saúde do país até aquele momento.

Aos poucos o SUS foi ganhando contornos próprios, como um sistema de saúde assentado no exercício da cidadania. Nele, o controle social representou a pedra de toca que revelou a necessidade de avançar com as estratégias de democratização do sistema, a fim de torná-lo cada vez mais acessível ao grande volume de sujeitos historicamente desassistidos.

A opção por descentralizar para os municípios os grandes hospitais originários da estrutura do Inamps, provocou enormes conflitos entre o Ministério da Saúde e os municípios sede destes estabelecimentos, que denunciavam que os pactos que acordavam o ato da incorporação destas unidades não garantiam com clareza os critérios de financiamento de suas ações, nem deixavam claras as responsabilidades entre os órgãos envolvidos no processo de negociação deste ato. Também não havia acordo entre os municípios sede destes hospitais e os demais municípios que também dependiam de seu funcionamento. O que acabou fazendo com que a gestão dos hospitais de grande complexidade voltasse para o controle do Ministério da Saúde.

Em 1994 o Ministério instituiu o Programa Saúde da Família (PSF), marcando uma nova etapa de reorganização e reestruturação dos serviços e das práticas assistenciais, cujo objetivo era reorientar as práticas profissionais na atenção básica, buscando reconstruir o caminho da atenção primária com a lógica da promoção da saúde e do fortalecimento das ações preventivas. O PSF é criado incorporando a sua estrutura o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), formando a dobradinha que passou a ser chamada de PACS/PSF.

Um pouco mais tarde, foi realizado em Brasília – DF, no período de 02 a 06 de setembro de 1996, a 10ª Conferência Nacional de Saúde, abordando o tema “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” (BRASIL, 1996). Nos debates que ocorreram os principais assuntos discutidos foram: saúde, cidadania e políticas públicas, gestão e organização dos serviços de saúde, controle social, financiamento, recursos humanos e atenção integral à saúde.

Nesta conferência havia um grande clamor reivindicatório por mudanças no modelo de gestão e no modelo de atenção à saúde. Em questão estavam, de um lado, o papel do estado no SUS e as responsabilidades dos entes federados e, de outro, a reorientação do modelo de atenção e a reorganização da atenção básica com o advento dos programas de saúde da família

e de agentes comunitários da saúde, bem como da necessidade de reestruturação da vigilância em saúde.

Logo em seguida, como uma resultante deste ambiente de reorientação dos modelos, uma nova norma foi instituída. A NOB-SUS 96 - publicada no DOU de 6/11/96, por meio da portaria n.º 2.203 e alterada pela portaria 1882 de 18/12/97 - foi resultado deste amplo e participativo processo de discussão (BRASIL, 1996). O foco central desta NOB foi a redefinição do modelo de gestão, o que representou um importante marco no processo de consolidação do SUS.

Um dos principais objetivos contidos nesta norma estava relacionado à luta por promover e consolidar o pleno exercício dos municípios da função de gestor da atenção à saúde, com a respectiva redefinição das responsabilidades dos estados, Distrito Federal e União (CONASS, 2007).

A NOB-96 buscava promover o fortalecimento da gestão do SUS, numa perspectiva compartilhada e pactuada entre os três níveis de governo, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores.

Tomando por base o novo desenho de organização do SUS definido pela implementação da NOB-93, a norma instituída em 1996 apontou para o enquadramento dos municípios em duas novas condições de gestão: Plena da atenção básica e plena do sistema municipal.

Para a grande maioria dos municípios em virtude das características definidas pela baixa capacidade de gestão, apontou-se a condição de gestão plena da atenção básica. No entanto a norma também previu a ampliação das funções atribuídas a estes sistemas com o incremento das ações dos Programas de Agente Comunitário de Saúde (PACS), de Saúde da Família (PSF) e dos programas típicos do campo da vigilância em saúde – Programas Básicos das Vigilâncias Sanitária (PBVS), Epidemiológica (PBVE), Nutricional (PBVN) e Saúde do Trabalhador (PBVST), além do programa de farmácia básica.

Estas estratégias foram instituídas visando a promoção da reorganização do modelo de atenção, buscando como objetivo principal a ampliação de cobertura através da implementação destes programas que foram viabilizados com a criação de incentivo financeiro para a sua implantação.

Para o enquadramento na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (GPAB), um novo conjunto de requisitos passou a ser exigido dos municípios, conforme segue:

1. Responsabilizar-se pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações básicas de vigilância sanitária incluídas no PBVS e ações básicas de epidemiologia e controle de doenças;
2. Subordinam-se à gestão municipal, todas as unidades básicas de saúde (de gerência estatal - municipal/estadual/federal - ou privada);
3. Elaborar PPI contendo referência intermunicipal;
4. Garantir referência assistência a básica (relação gestor/gestor);
5. Implementar mecanismos de garantia da referência, em articulação com estado;
6. Autorizar AIH e procedimentos ambulatoriais especializado (salvo definição contrária da CIB);
7. Controle e avaliação assistência básica (BRASIL, 1996).

Já para os municípios que dispunham de uma maior capacidade instalada, foi apontado a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM. Para os quais além dos requisitos previstos para a gestão plena da atenção básica, passou-se a exigir o cumprimento dos seguintes requisitos:

1. Responsabilizar-se pela gestão de todas as ações e serviços de saúde no município;
2. Subordinar à gestão municipal, todas as unidades e serviços de saúde (de gerência estatal - municipal/estadual/federal - ou privada);
3. Responsabilizar-se pela gestão da assistência (ambulatorial + hospitalar);
4. Executar as ações de vigilância sanitária;
5. Executar as ações de epidemiologia e controle de doenças;
6. Promover o controle, avaliação e auditoria serviços no município;
7. Operar o SIH e SIA/SUS;
8. Elaborar a PPI contendo referência intermunicipal;
9. Implementar mecanismos garantia referência (relação gestor/gestor), em articulação com o estado;
10. Administrar a oferta de procedimentos de alto custo/ complexidade, cf. PPI (BRASIL, 1996).

Com o enquadramento nestas novas condições de gestão, os mecanismos de financiamento também foram alterados, com a instituição do Piso da Atenção Básica (PAB), composto, de um lado, por um componente fixo de transferência de recursos, através do qual cada município conveniado receberia um ‘X’ percentual multiplicado pelo número de habitantes em cada região de saúde e, de outro, por um componente variável, através do qual os municípios teriam o direito a um incentivo financeiro destinado à execução de cada um daqueles sete programas que passaram a fazer parte do rol de suas atribuições. Estes recursos

passaram a ser transferido fundo a fundo, de forma regular e automática, e com base em valor nacional per capita para a população coberta.

Além do PAB, foram criados dois outros instrumentos de repasse de recursos financeiros: um primeiro visando a reorganização da gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial – Fração Ambulatorial Especializada (FAE) – e o outro, objetivando a reorganização da gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (Apac). Estes novos instrumentos adotados para o repasse dos recursos financeiros do SUS, tinham por objetivo a substituição das antigas UCA's e AIH's.

Esta foi a forma que se entendeu naquele momento de introduzir dinheiro novo nos sistemas de saúde, apesar deste representar a introdução de um novo recurso viabilizado pela adoção de mecanismos de indução financeira objetivando a institucionalização de um novo modelo assistencial e de atenção a saúde, segundo uma determinada política de saúde, que aparentemente se colocava como solução para os principais problemas de gestão do SUS.

Se de um lado foram reservadas aos municípios as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde, aos estados ficaram as possibilidades de enquadramento nas Condições de Gestão Avançada do Sistema Estadual ou Plena do Sistema Estadual.

O problema é que as estratégias de estruturação do sistema contidas nesta norma, embora aparentemente voltada para o fortalecimento dos processos de descentralização, convertia-se numa medida que mantinha centralizada as decisões em virtude dos mecanismos de indução financeira. Ou seja, somente recebia os recursos do componente variável aqueles que se comprometiam com a execução dos programas na forma como estes foram concebidos e apresentados pela norma.

A partir de 1998, na busca de um desenho que melhor qualificasse o processo de organização da atenção básica, o PSF passou a ser considerado uma estratégia estruturante da organização do SUS, passando desde então a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O que deu início ao processo de transferência dos incentivos financeiros fundo a fundo destinados ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde diretamente para os Fundos Municipais de Saúde

Estes novos rearranjos organizacionais no âmbito do SUS e a emergência da necessidade de qualificação do processo de trabalho em saúde, com a conseqüente necessidade de formação, proteção e reconhecimento da força de trabalho do SUS, levaram o

Conselho Nacional de Saúde a propor a partir de uma "Oficina Nacional de Trabalho sobre Recursos Humanos para o SUS" que foi realizada em Goiânia, em novembro de 1998, a adoção de uma Norma Operacional de Recursos Humanos em Saúde (NOB/RH-SUS) que, desde de então, passou a ser denominada de "Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS" (BRASIL, 2002a).

Embora as novas estratégias adotadas ajudassem a qualificar o processo de institucionalização e consolidação do SUS, ficava cada vez mais clara a necessidade de emergência de novos atores capazes de mediar as novas relações que foram surgindo na medida em que o sistema foi se tornando cada vez mais complexo. O que tornava premente a necessidade de se criar condições para que o corpo de trabalhadores do SUS pudesse ser formado com o objetivo de qualificação do processo de trabalho realizado a partir destas novas diretrizes.

O processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde já vinha demonstrando, conforme apontado por Paim (1994), que a formação de recursos humanos em saúde era sistematicamente apontada como uma área crítica do processo de reorientação não só do modelo assistencial como do próprio sistema de saúde brasileiro. O que implica em dizer que o que se esta falando é de um problema que vem desafiando, permanentemente, todos que se ocupam deste tema.

Também encontramos em Costa Reis (1999) a afirmação de que a descentralização na área da saúde não é nova. Nos lembrando que a formação dos recursos humanos foi uma das recomendações estratégicas indicadas pela II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, realizada em 1993. Confirmando a idéia do desenvolvimento dos recursos humanos como uma estratégia fundamental para a consolidação do SUS, que já vinha sendo trabalhada há alguns anos com o intuito de promover o fortalecimento dos sistemas locais de saúde.

Dessa forma é que se aponta como um dos principais fatores para a definição de uma nova política de recursos humanos para o SUS, as mudanças operadas em torno do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, incluindo as múltiplas estratégias de flexibilização nos mecanismos de contratação dos trabalhadores.

Foram estas questões que em 1999 acabou levando a FUNASA a encomendar à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio um projeto com o objetivo de qualificação de um conjunto de trabalhadores que pertenciam a sua estrutura, atendendo aos objetivos da portaria 1399/99, que dispunha sobre a sessão de aproximadamente 24.000 guardas de endemias

vinculados ao processo de descentralização de parte de suas ações para os estados e municípios, dando início ao Programa de Formação de Agentes Locais de Saúde - PROFORMAR (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010a).

Esta preocupação também levou o Ministério da Saúde a instituir em 15 de outubro de 1999, através da publicação da portaria 1262/GM, o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), cujo objetivo era promover a qualificação profissional de 225 mil auxiliares de enfermagem e 90 mil técnicos em enfermagem como sua principal meta.

Através do PROFAE o governo buscou promover o fortalecimento às instâncias de formação e desenvolvimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial das Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, através do apoio técnico e financeiro para a qualificação e educação profissional.

O PROFAE concentrou suas ações a fim de atender às lutas pelo direito à assistência de enfermagem e ao mesmo tempo promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde, por meio da redução do déficit de pessoal qualificado no campo da enfermagem. Tornando-se um marco no ano 2000 quando, de fato, entrou em funcionamento a primeira turma de qualificação profissional de auxiliar de enfermagem, no estado do Espírito Santo.

3.2.2 Os anos 2000 – Mudanças de estratégias com a implementação da NOAS e do Pacto de Gestão

Neste mesmo período é criado o Departamento de Atenção Básica (DAB), vinculado à Secretaria de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que foi instituído com a finalidade de buscar alternativas para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família.

Em dezembro de 2000 é realizada em Brasília a 11ª Conferência Nacional de Saúde abordando o tema “O Brasil falando como quer ser tratado – Efetivando o SUS: Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” (BRASIL, 2001).

A nova década tornou o SUS eivado de novos desafios, fazendo com que a 11ª Conferência se debruçasse sobre a questão de tomá-lo como uma política social, o que exigia um novo posicionamento estratégico diante de problemas como a questão do acesso e o modelo assistencial. Estava claro que a década de 1990 foi decisiva para a organização da atenção básica, mas o princípio da integralidade ainda não havia sido alcançado, gerando a necessidade de criar novos mecanismos de acesso a fim de viabilizar uma maior equidade.

Esta nova conjuntura fez destacar as responsabilidades dos poderes legislativo, judiciário e também do ministério público na garantia de acesso, qualidade e humanização.

Este processo também levou à necessidade de se repensar os percentuais de financiamento do sistema, com conseqüente redefinição do volume de recurso destinado à manutenção das ações e dos serviços de saúde, o que acabou levando à edição da Emenda Constitucional nº 29, promulgada em 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), buscando assegurar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, estabelecendo que as três esferas de governo aportassem anualmente recursos mínimos proveniente da aplicação de percentuais das próprias receitas, vinculando, desta forma, recursos para o setor saúde.

Outra mudança importante estabelecida pela EC-29 foi a definição que atribuiu à União a possibilidade de intervenção nos estados, Distrito Federal e municípios, e do estado em seus municípios, no caso da não aplicação, em ações e serviços públicos de saúde, do mínimo previsto de suas receitas e o condicionamento (Art. 4º), no art. 160 da CF, da entrega dos recursos transferidos pela União e pelos estados ao atendimento da vinculação definida pela emenda (CONASS, 2007).

A EC-29 também cria, para efeitos legais, um novo entendimento do que pode ser considerado como despesas próprias do setor, estabelecendo que estas são caracterizadas pelos gastos com ações e serviços públicos de saúde relativos à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Descartando, todo e qualquer outro tipo de gastos que não tenham esta finalidade, a exemplo dos gastos com merenda escolar; saneamento básico; limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo); preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais; ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços de saúde; pagamento de aposentadorias e pensões; etc (CONASS, 2007).

E neste sentido define que as ações e serviços públicos de saúde, para efeito da aplicação da EC-29, são aquelas consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde contraída como custo com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei n. 8.080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, incluindo neste os gastos administrativos (CONASS, 2007).

Apesar dos importantes avanços no processo de descentralização do SUS durante o período de implementação do NOB/SUS 01/96, o desenho de organização do sistema ainda não parecia adequado para as pretensões contidas em alguns dos princípios que o

fundamentou. Pois ainda que o sistema tivesse conseguido ampliar significativamente sua capacidade de cobertura com o processo de reorganização da atenção básica, tornando-o de fato universal, a questão do acesso às ações especializadas e da alta complexidade continuavam longe do alcance de boa parcela dos usuários, impondo ao SUS a necessidade de mais uma vez repensar as suas estratégias organizacionais.

Este novo contexto acabou resultando na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/01), instituída pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001), como resultado de um longo processo de negociação envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). A NOAS foi instituída com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Iniciando, desta forma, uma segunda etapa no processo de reestruturação do sistema de saúde brasileiro.

Na busca por maior equidade, a NOAS estabeleceu o processo de Regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Para cumprir com este objetivo, instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), adotando-o como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal. A estruturação do PDR foi implantada com base nos objetivos de definição de prioridades de intervenção, os quais deveriam ser coerentes com as necessidades de saúde da população, a partir das quais se deveria prover a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde.

Uma importante mudança contida nas definições da NOAS é o fato desta apontar que a elaboração do PDR é uma atribuição das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal, reafirmando o papel da condição gestora dos processos macrorregionais e que estas devem fazê-lo, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde.

Tendo o PDR o objetivo de garantir o acesso aos cidadãos a um conjunto de ações e serviços especializados e de média complexidade, este deveria ser elaborado na perspectiva de manter a oferta destes serviços o mais próximo possível da residência da população usuária. Para isto foi definido um conjunto de ações a serem disponibilizadas a fim de atender a estes objetivos (CONASS, 2007):

1. Assistência pré-natal, parto e puerpério;
2. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;

3. Cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
4. Ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
5. Tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
6. Atendimento de afecções agudas de maior incidência;
7. Acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
8. Tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
9. Tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
10. Controle de doenças bucais mais comuns; e
11. Suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Neste sentido a função do Plano Diretor de Regionalização seria servir de base e de subsídio para o processo de qualificação das microrregiões de saúde. O PDR teria ainda como parte integrante de sua estrutura o Plano Diretor de Investimentos (PDI), cujo objetivo visava identificar as prioridades e promover o desenvolvimento de estratégias de investimento a fim de tornar as microrregiões capazes de promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade.

Mas ao mesmo tempo em que a NOAS ilumina o campo de oferta de procedimentos especializados e de média e alta complexidade, abre uma nova perspectiva de ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, com a instituição da Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da diabetes mellitus, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal.

Desta forma a NOAS define a garantia de acesso a toda a população no âmbito microrregional, a um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade, compreendendo as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, como primeiro nível de referência intermunicipal, que passam a ser ofertado através de um ou mais módulos assistenciais.

Nesta nova relação instituída pela NOAS a PPI passa a ter um papel estratégico, na medida em que passa a nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do estado, aprovado no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite,

Embora nesta norma esteja contido o espírito de mudanças de caráter mais profundo, estas se converterão em um novo desafio, circunscrito à necessidade de um novo desenho

organizacional capaz de extrapolar com os limites dos municípios como espaço mínimo de organização das ações e dos serviços de saúde, combinando esta forma de organização dos sistemas locais, com a estrutura das microrregiões como território próprio para a efetivação desta nova forma de organização do sistema de saúde, enquanto estratégia fundamental de ampliação do acesso numa perspectiva de alcance e efetividade do princípio da integralidade.

Esta norma foi modificada em 2002, com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 (NOAS/SUS 01/02) instituída pela Portaria GM/MS n. 373, de 27 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b). Através da qual foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS que buscou contemplar propostas referentes ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e o fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais.

Era de se prever que estas novas estratégias trariam significativos problemas para o campo da gestão do SUS, já que ainda não estavam dadas em quase todo território brasileiro as estruturas capazes de oferecer os procedimentos descritos na NOAS-2001.

A NOAS-2002 introduziu duas outras importantes mudanças estabelecendo que os municípios definidos como sede de módulo assistencial poderiam ser habilitados na condição de Gestão Plena de Sistema Municipal, quando em situação de comando único municipal, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), quando em situação de comando único estadual. Além de ampliar as responsabilidades dos estados ao atribuir-lhes a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública (CONASS, 2007).

Estas novas estratégias apontadas pelas NOAS não só foram importantes no resgate do papel gestor das Secretarias Estaduais de Saúde, como na criação da figura das microrregiões de saúde e da instituição dos municípios sede dos módulos assistenciais.

Estes novos episódios criaram um ritmo ‘a galope’ de promover os processos de organização no interior do SUS, que acabou levando à convocação, ao final de 2003, da 12ª Conferência Nacional de Saúde – Conferência Sergio Arouca (BRASIL, 2003b).

O momento político parecia apropriado, pois o País tinha um novo Presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva havia sido empossado em janeiro deste mesmo ano e a promessa era de sonhar. Sonhar ousar, ousar fazer, este era o espírito que presidiu a realização desta conferência no período que transcorreu de 07 a 11 de dezembro do ano de 2003.

Partindo do tema “Saúde: Um Direito de Todos e Dever do Estado - A Saúde que temos, o SUS que queremos”, a 12ª CNS reuniu cerca de quatro mil delegados que estiveram presentes em Brasília a fim de discutir os rumos do SUS. O relatório final desta conferência nos mostra que, segundo a perspectiva apontada por Costa 2003 apud Brasil, (2003b, p. 13), “o Sistema Único de Saúde é uma conquista da sociedade brasileira. Ele é fruto da luta por um sistema de saúde que atenda a toda a população, sem nenhum tipo de discriminação. Hoje, o SUS é a maior política de inclusão social existente no País”.

No intuito de cumprir com os seus objetivos, a 12ª CNS foi organizada a partir de dez eixos temáticos, conforme segue (BRASIL, 2003b):

1. Direito à Saúde;
2. Seguridade Social e a Saúde;
3. A Intersetorialidade das Ações de Saúde;
4. As Três Esferas de Governo e a Construção do SUS;
5. A Organização da Atenção à Saúde;
6. Controle Social e Gestão Participativa;
7. O Trabalho na Saúde;
8. Ciência e Tecnologia e a Saúde;
9. O Financiamento da Saúde e;
10. Comunicação e Informação em Saúde.

Na busca contundente da reafirmação do direito de cidadania e das diretrizes constitucionais da universalidade, da integralidade, da descentralização e da participação social, os debates foram realizados visando construir novas perspectivas de fortalecimento dos valores da solidariedade e da justiça social, tão amplamente propagados a partir da 8ª Conferência.

O ano de 2003 foi marcado por muitas mudanças que ocorreram no âmbito do SUS. No Ministério da Saúde a antiga Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS (CGDRHS), dá lugar a uma nova estrutura que chega com status de Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - SGTES (BRASIL, 2004). A qual passou a ocupar, pela primeira vez na história de organização do Sistema Público de Saúde, um lugar no primeiro escalão do Ministério da Saúde. Demonstrando claramente a força e a

relevância que as questões de recursos humanos passaram a significar para o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde

Tendo sido recomendada em 2000 pela 11ª CNS como ponto de reafirmação dos princípios e as diretrizes da NOB/RH, a convocação da 3ª Conferência Nacional de Recursos Humanos e a Política de Gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde é ratificada e confirmada, em 2003, pela 12ª CNS, com os objetivos de propor diretrizes nacionais para a implementação da Política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, e ampliação da participação e a co-responsabilidade dos diferentes atores do SUS.

Como resultado deste processo o documento “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS” é revisado e ampliado, e em 04 de novembro de 2003, é homologado através da resolução nº 330 (BRASIL, 2005), nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991, como parte da política de gestão do trabalho adotada no âmbito do SUS.

Em desdobramento da nova política adotada, em 13 de fevereiro de 2004, através da portaria nº 198/GM/MS (BRASIL, 2010i), o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores que atuam no âmbito do SUS. Para o qual institui um Colegiado de Gestão na figura de um Pólo de Educação Permanente em Saúde, o qual deveria funcionar como uma instância interinstitucional e locorregional, configurando, conforme definido nesta portaria, uma “roda de gestão”.

A idéia chave era a de que os projetos apresentados pelos Pólos de Educação Permanente fossem acreditados pelo Ministério da Saúde, de acordo com o conjunto de orientações e Diretrizes que foram definidas pela portaria visando a operacionalização da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, dentre as quais constava a seguinte afirmação: “A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho” (BRASIL, 2010i, p. 8).

O que se buscava era que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomassem como referência as necessidades de saúde, tendo como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Mas o tiro parece ter saído pela ‘culatra’, pois não se levou em conta que para fazer dos processos de formação um ato de “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações”, necessitava-se de uma profunda adesão

política da gestão do sistema, em tomar estas diretrizes como um princípio da organização do SUS. Porém a cultura de indução financeira acabou impedindo a viabilização da proposta tal como foi formulada.

Outra questão fundamental é que as instituições formadoras não foram tomadas como parceiras no processo de implementação da política, sendo relegadas a uma condição de prestadores de serviços escolares, quando requisitados.

Apesar da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) anunciar como um de seus objetivos contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas (BRASIL, 2010r), o campo da gestão do SUS não foi minimamente beneficiado por este processo, continuando à margem das políticas instituídas para o campo da saúde.

Um pouco mais adiante, a 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde foi, enfim, convocada pela Portaria Ministerial nº 592 de 20 de abril de 2005 e teve como objetivos propor as diretrizes nacionais para a implementação da política de gestão do trabalho e da educação na saúde, tendo como referência a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do Sistema Único de Saúde (NOB/RH-SUS).

Esta Conferência acabou sendo realizada em Brasília, do período de 27 a 30 de março de 2006 sob o tema “Trabalhadores de Saúde e a Saúde de Todos: Práticas de Trabalho, de Gestão, de Formação e de Participação”.

A esta altura começavam a ‘pipocar’ demandas por formação dos agentes comunitários de saúde, afinal de contas a criação do PACS/PSF e a instituição da estratégia de saúde da família tinha propiciado a emergência de um verdadeiro batalhão de trabalhadores que aderiram ao SUS em condições de absoluta precariedade.

Tratava-se de trabalhadores muitas vezes sem vínculo, mal remunerados, com baixa escolaridade e sem qualificação técnica para o trabalho. E o pior, ainda eram tratados como uma espécie de super heróis, com a responsabilidade de mediar as relações estabelecidas entre as comunidades e os serviços de saúde.

O ano de 2006 foi marcado também pelo lançamento do “Pacto pela Saúde”, instituído pela Portaria/GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006 (BRASIL, 2010j), como expressão do conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (união, estados e municípios), cujo objetivo era promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, buscando alcançar maior eficiência das respostas obtidas com a implementação das

ações de saúde e melhor qualidade dos serviços oferecidos através do sistema único de saúde, a partir da redefinição das responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde em busca da equidade social.

O Pacto é uma iniciativa que buscará substituir o processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão. Afirmando-se na perspectiva de tomar a regionalização solidária e cooperativa como estratégia de estruturação do processo de descentralização, visando avançar com o novo desenho organizacional instituído a partir das NOAS, através da manutenção e o aperfeiçoamento dos instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada Integrada (PPI).

Para isto, propõe a integração das várias formas de repasse dos recursos federais em cinco blocos de financiamento e a unificação dos vários pactos existentes. Sendo a proposta do “Pacto pela Saúde” estruturada a partir de três dimensões: Em defesa da vida, em defesa do SUS e de gestão.

A partir da compreensão de que o processo normativo do SUS necessitava contemplar a amplitude das diversidades e diferenças que constituem o estado brasileiro, a proposta do pacto surge da preocupação de que “a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária” (CONASS, 2007).

A iniciativa tinha por objetivo adequar as ações de saúde à realidade de cada região do país, a partir da integração dos serviços de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental. O que exigia a reafirmação da importância de instâncias de gestão, como a CIB e a CIT, bem como o fortalecimento do controle social, na condição de co-gestor do sistema de saúde.

O Pacto pela Vida foi proposto como um compromisso a ser assumido pelos gestores do SUS em torno de um conjunto de prioridades com o propósito de gerar impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Entre as prioridades relacionadas no corpo da Portaria/GM N° 399/2006 (BRASIL, 2010j), constam:

- 1) O compromisso com o SUS e seus princípios;
- 2) O fortalecimento da Atenção Primária;
- 3) A valorização da saúde e a necessária articulação intersetorial;
- 4) O fortalecimento do papel dos estados; e

5) A luta pela regulamentação da Emenda Constitucional 29 e por mais recursos financeiros para a área da saúde.

Reconhecendo a necessidade de romper os limites setoriais a fim de levar a discussão sobre a política pública de saúde para o âmbito da sociedade organizada, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais, que é proposto como compromisso inequívoco a repolitização do SUS na perspectiva de consolidar a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado.

Constituído por um conjunto de compromissos sanitários, o “Pacto pela Vida” é expresso através de objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos, significando “uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados” (CONASS, 2007).

Sob a alegação de que a trajetória do SUS tem se dado por mudanças, ocorridas de tempos em tempos, por meio de reformas incrementais que se materializaram sob a forma de normas operacionais, as quais eram fixadas, prioritariamente, em processos operacionais, distantes de compromissos com resultados sanitários, é que se defende que o “Pacto pela Vida” reforça, no SUS, o movimento da gestão pública por resultados (CONASS, 2007). No entanto, esta mesma perspectiva nos induz a pensar que o doce neoliberal começa a assumir a forma de remédio, lembrando a velha pílula liberal.

No Pacto pela Vida se defende que os resultados devem expressar os objetivos e metas prioritárias, bem como seus indicadores de monitoramento e avaliação. E o Conjunto de prioridades definidas pelo pacto refere-se à organização das seguintes ações:

- 1) Saúde do idoso;
- 2) Controle do câncer de colo de útero e de mama;
- 3) Redução da mortalidade infantil e materna;
- 4) Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- 5) Promoção da Saúde; e
- 6) Fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2006).

A partir deste conjunto de prioridades é que são estabelecidas as responsabilidades entre os gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, desta forma, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária dentro do SUS.

Para cumprir com estes objetivos, é que se aponta no pacto a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, como forma de estruturação das regiões sanitárias, nos quais serão instituídos os colegiados de gestão regionais.

Outro fato apontado no Pacto como uma importante mudança operacional é que ele deriva de um processo de negociação equilibrada entre atores e não imposição de uma das partes sobre a outra. Alegando-se que não há que se impor metas nacionais a estados, nem metas estaduais a regiões ou municípios. Apontando como ponto fundamental deste processo, que a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, ocorrerá acompanhada da desburocratização dos processos normativos.

Uma importante estratégia contida no Pacto, diz respeito as CIBs, que passa a ter, além da sua já bem estruturada representação estadual, representações microrregionais a fim de desempenhar um papel mais efetivo na análise da situação de saúde, na elaboração de propostas de intervenção e no estabelecimento dos mecanismos para melhorar a gestão e a regulação do sistema.

O que significa que o Pacto não propõe um desenho ou modelo padrão de Região de saúde. A idéia é que cada CIB estabeleça qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde. Meio que voltando a velha forma do unificado na política e descentralizado na ação, que caracterizava o velho SUDS.

Mas o que é tomado como mais inovador é que as mudanças na gestão propostas no pacto se constituem como um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio de um Colegiado de Gestão Regional. E é através deste mecanismo que se espera que estados e municípios tenham maior autonomia para a alocação dos recursos de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos planos de saúde.

Para isto é que se assumiu como a principal mudança no campo financiamento, relativo ao custeio das ações e serviços de saúde, que a alocação dos recursos federais passarão a ser organizada a partir de cinco grandes blocos de financiamento, conforme segue:

- 1) Atenção básica;
- 2) Atenção de média e alta complexidade;
- 3) Vigilância em Saúde;
- 4) Assistência Farmacêutica; e

5) Gestão do SUS.

No Pacto se define também que os recursos de cada bloco de financiamento devem ser aplicados exclusivamente nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco. E neste caso, para efeitos deste estudo, é extremamente importante destacar que no bloco de gestão do SUS serão disponibilizados os recursos para a formação dos trabalhadores através da estratégia de educação permanente para o SUS.

Disto resulta que no Pacto a política de recursos humanos para o SUS é tomada como um eixo estruturante que deve buscar a valorização do trabalho e dos trabalhadores da saúde, o tratamento dos conflitos e a humanização das relações de trabalho. E neste sentido é que, no Pacto, a educação permanente é considerada como parte essencial da política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS.

Diante deste contexto de cunho político-organizacional da nova estrutura do SUS, é aprovada, através da Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Este novo cenário que foi desenvolvido no SUS com o “Pacto pela Vida” e a instituição da Política Nacional de Atenção Básica criaram um ambiente favorável a luta dos trabalhadores inseridos no PACS, pois a partir delas o governo tomou a iniciativa de sancionar a Lei Nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), regulamentando a atividade dos agentes comunitários de saúde, bem como dos agentes de combate às endemias, além de definir quais seriam suas atribuições no exercício da atividade.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional (BRASIL, 2006).

Com base nos Artigos 6º e 7º desta lei, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Controle de Endemias (ACE) deverão preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade:

I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público (no caso dos ACS);

II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e

III - haver concluído o ensino fundamental.

Neste sentido, além de regulamentar o exercício da atividade, criando um ambiente favorável a desprecarização das relações contratuais e de trabalho, a lei ainda estabelece dois pontos fundamentais para a composição do perfil profissional destes trabalhadores, ao definir um mínimo de escolarização (haver concluído o ensino fundamental) e vinculado o exercício a um mínimo de aproveitamento em cursos introdutórios de formação inicial e continuada.

Em 2007, em função de mudanças na gestão do Ministério da Saúde e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, a “Política Nacional de Educação Permanente para os Trabalhadores do SUS” foi alterada conforme a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, em substituição à Portaria 198 de 2004.

As mudanças contidas na Portaria GM/MS nº 1.996 possibilitaram que o planejamento e o plano de Educação Permanente em Saúde passassem a ser considerado instrumento de gestão do SUS, agregados aos já existentes, tais como: planos de saúde, relatório de gestão, etc. E conforme disposto na lei 8.080/90, resgatou o nome de Comissão de Integração Ensino-Serviço para as instâncias de articulação regional da Educação Permanente em Saúde, apontadas como uma estratégia fundamental na implementação das instâncias de gestão do SUS e na sua consolidação.

Através desta portaria as ações de Educação na Saúde passaram a compor o Pacto de Gestão, contido no Pacto pela Saúde. O que colocou a responsabilidade pelas ações de educação na saúde na agenda dos gestores do SUS, como uma ação prioritária através da qual busca-se a contribuição para o desenvolvimento e a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS e para a mudança das práticas no campo da saúde. E em detrimento destas mudanças os sistemas locais de saúde passaram a contar com o financiamento do governo federal, transferido aos municípios de forma regular e automática, para as ações de Educação na Saúde, por meio do “Bloco de Financiamento da Gestão”. Resgatando o princípio constitucional de que é da responsabilidade do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos para a área de saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.

Segundo a Portaria 1996 (BRASIL, 2007), para a formação dos trabalhadores de nível médio da área da saúde “é necessário observar as Diretrizes Curriculares Nacionais para a

educação profissional de Nível Técnico estabelecidas pelo Ministério da Educação conforme Parecer nº. 16/1999, Resolução nº. 04/1999 e Decreto nº. 5.154/2004”. O que nos parece um avanço, na medida em que tal observância traz para o âmbito das escolas a responsabilidade quanto a formação e certificação dos processos educacionais. Reconhecendo que:

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços, e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (BRASIL, 2007).

Assim sendo, a Portaria 1996, em seu artigo 1º, defini as novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde tornando-as adequadas às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde. Ou seja, que estas devem considerar “as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde” (BRASIL, 2007, Portaria GM/MS nº 1.996/ 2007).

Embora consideradas essenciais, as mudanças instituídas pela Portaria GM/MS nº 1.996, em relação ao que anteriormente era previsto pela Portaria GM/MS nº 198 de 2004 em relação às instituições formadoras e à educação profissional, ainda se faz necessário resgatar para este campo as Redes de Escolas Técnicas do SUS, bem como das Escolas de Saúde Públicas, como parceiros estratégicos do processo de formação dos trabalhadores da saúde, o que implica na decisão de fortalecimento destas instâncias através da qualificação de seu corpo docente, com incentivos às atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico e da estruturação física destes órgãos formadores.

Além disto, para que o SUS possa, verdadeiramente, se consolidar é necessário rever todos os currículos adequando-os às perspectivas do modelo assistencial e de atenção à saúde que foram elaborados pelo Movimento da Reforma Sanitária, como forma de defender os princípios de caráter político e organizacional do SUS.

Mais adiante, defendendo o tema “Saúde e Qualidade de Vida – Políticas de Estado e Desenvolvimento”, é realizada em Brasília, ao final de 2007, a 13ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 2008). Contando com a participação de 4.700 pessoas, dentre as quais 3.068 delegados representando dos diversos segmentos, esta foi a maior das conferências realizadas ao longo da história do SUS. De um total de 5.564 municípios brasileiros, esta foi a conferência, que no processo de preparação que a antecedeu, reuniu um significativa número

de participação, com 77% de todos os municípios do país realizando suas Conferências Municipais.

No sentido de motivar as mudanças necessárias à implementação plena do exercício cidadão, a 13ª Conferência Nacional de Saúde foi estruturada a partir de três grandes eixos:

Eixo I – Desafios para a Efetivação do Direito Humano à Saúde no Século XXI: Estado, Sociedade e Padrões de Desenvolvimento.

Eixo II – Políticas Públicas para a Saúde e Qualidade de Vida: o SUS na Seguridade Social e o Pacto pela Saúde.

Eixo III – A Participação da Sociedade na Efetivação do Direito Humano à Saúde.

Consoante com esta perspectiva, logo na abertura da 13ª Conferência Nacional de Saúde, duas passagens do discurso do Ministro da Saúde, Dr. José Gomes Temporão, marcam na história das conferências as características do Sistema de Saúde que se pretende consolidado: Primeiro com a defesa de um SUS de todos e para todos.

Todo cidadão brasileiro, não importando sua classe social, etnia ou gênero, das mais isoladas comunidades amazônicas às superpopulosas megalópoles do Brasil, é usuário do Sistema Único de Saúde. Uma das características mais importantes do nosso Sistema Público de Saúde é a grande capilaridade de suas atividades e atribuições que complementam a sua seara: promover a saúde do povo do Brasil (TEMPORÃO, 2007, Discurso de abertura da 13ª CNS, Apud BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2007).

E em seguida, a afirmação do caminho da integralidade, do acesso e da qualidade.

Da atenção básica aos procedimentos de alta complexidade, da vigilância sanitária aos eficientes programas de vacinação, do mais moderno programa de combate à aids do mundo, à engenhosa rede de transplantes, tudo é obra do SUS. Mesmo que não se saiba, mesmo que não se queira, ele está presente na vida de todas as pessoas que vivem no Brasil, brasileiros ou não brasileiros, universal, agregador e 100% gratuito (TEMPORÃO, 2007, Discurso de abertura da 13ª CNS, Apud BRASIL, Conselho Nacional de Saúde, 2007).

De tudo que se pode perceber é que após duas décadas de instituição, organização, reestruturação e consolidação do SUS, os desafios colocados para a garantia de um sistema de saúde com as características propostas pelo movimento sanitário, mal estão começando a sair do papel, posto que o maior de todos os desafios é vencer o fosso da desigualdade social tão marcado na vida da sociedade brasileira.

4 A QUESTÃO DA POLITECNIA E A PROPOSTA DE FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES DO CAMPO DA GESTÃO DENTRO DO CONTEXTO DE ORGANIZAÇÃO DO SUS

Sabemos que o campo da gestão em saúde remonta, em sua origem, ao período em que foi instituído o modelo médico-assistencial das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) e dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), criados, respectivamente nas décadas de 1920 e 1930, numa fase de desenvolvimento do projeto urbano industrial que teve início no Brasil na virada para o século XX. O principal marco da época girava em torno do processo de industrialização ainda sob uma incipiente forma organizacional. O Brasil, já independente do Império Português, buscava uma nova forma de organização com a instituição da república no final do século XIX e viu no pós-primeira grande guerra, possibilidades de uma nova vocação produtiva com a chegada da indústria.

Este período de emergência da indústria se deu em um quadro de dependência política e econômica, caracterizando o modelo de desenvolvimento tecnológico que se tornou hegemônico no Brasil.

A partir deste período ficou marcado o início do processo que levou à institucionalização do modelo médico assistencial, que visava atribuir assistência à saúde dos trabalhadores urbanos vinculados a indústria e ao comércio. Com o tempo este modelo tornou-se hegemônico com a configuração da estrutura da previdência social a partir da década de 60 e a instituição do Instituto Nacional da Previdência Social - INPS.

Esse modelo médico assistencial foi aos poucos ganhando as características instituídas pelo mercado capitalista que se consolidou ao longo do século XX. Entre essas características identificava-se a missão de zelar pela manutenção da força de trabalho e, quando necessário, promover sua restauração através das ações assistenciais promovidas pelo sistema previdenciário.

Nesse contexto, o trabalho na saúde foi ganhando uma dimensão organizacional caracterizada pela instituição de uma estrutura médico hospitalar montada desde a implantação dos IAP's, que aos poucos foi configurando a estrutura do chamado 'complexo médico industrial', com a incorporação da alta tecnologia diagnóstica e terapêutica e de equipamentos biomédicos, característicos do modelo hospitalocêntrico que se ergueu ao longo do processo de consolidação da indústria no Brasil.

Apesar dos grandes investimentos aos quais concorreu o sistema de saúde brasileiro, com o processo de desenvolvimento da indústria ao longo do século XX, sua organização se deu sem beneficiar o conjunto dos trabalhadores a ele incorporados.

Assim como na indústria, o sistema de saúde brasileiro também assumiu uma forma de organização baseada nos pressupostos do ‘taylorismo/fordismo’, à medida que o desenvolvimento tecnológico foi imprimindo um formato que levou a um veloz mecanismo de especialização dos serviços. Desencadeou-se uma rápida e profunda fragmentação do processo de trabalho como exigência imposta ao mercado de trabalho pela teoria da administração científica como forma de maximização da produção e do lucro.

Este processo fez com que a força de trabalho reunida no interior do sistema de saúde brasileiro apresentasse uma dupla configuração, ou seja, caracterizada pela presença de profissionais altamente qualificados ao mesmo tempo em que se observava o estímulo à contratação de um grande número de trabalhadores com pouca ou nenhuma escolaridade.

Em razão do grande contingente de trabalhadores desqualificados foi que se configurou, na década de 50, a política de desenvolvimento de recursos humanos inspirada no enfoque dado pela noção de capital humano.

A teoria do capital humano pode ser identificada com os pressupostos elaborados por Adam Smith e J. Stuart Mills, entre outros. Mas somente a partir de 1960 que passou a ser sistematizada enquanto tal, quando o economista Theodore W. Schultz lança um manifesto intitulado: Inversão em capital humano. A partir daí, foram os economistas que se empenharam em transformar a sua teoria no núcleo de uma nova disciplina, a Economia da Educação.

Segundo Frigotto (2001, p. 37), esta disciplina surge com o propósito de tentar explicar os ganhos de produtividade que são gerados pelo “fator humano” na produção, o que acabou redundando na concepção que passou a vincular o trabalho humano qualificado por meio da educação à ampliação da produtividade econômica, assim como, as taxas de lucro do capital. É neste sentido que Frigotto identifica em Smith a idéia de que:

Um homem educado à custa de muito esforço e tempo para qualquer emprego que exige destreza e qualificações especiais pode ser comparado a uma daquelas máquinas caras. O trabalho que ele aprende a realizar, como será de esperar, acima dos salários habituais da mão-de-obra comum, compensar-lhe-á todo o custo de sua educação, com, pelo menos, os lucros habituais de um capital igualmente valioso (SMITH apud FRIGOTTO, 2001, p. 37).

Por esta razão considera que no campo educacional, a idéia de capital humano tornou-se responsável por uma concepção de caráter tecnicista sobre o ensino e sua organização. Passando-se a difundir a noção de que através da educação é que se criam as condições para o desenvolvimento econômico e do indivíduo, nutrindo uma idéia de que o investimento em educação é a forma de valorizar a si mesmo, assim como se valoriza o capital. Daí a idéia central de Shultz ao afirmar que:

Se o coeficiente de todo o capital em relação à renda permanece essencialmente constante, então o crescimento econômico inexplicado, que tem sido de uma presença tão perturbadora, tem sua origem primordialmente a partir da elevação do acervo de capital humano (SHULTZ, 1973, p. 66 apud FRIGOTTO, 2001, p. 37).

Neste contexto é que Frigotto (2006, p. 48) apontará que Schultz define o ‘capital humano’ como “o montante de investimento que uma nação ou os indivíduos fazem na expectativa de retornos adicionais futuros”. Toma-se como ponto central que a atividade educacional é um componente da produção, ou seja, a educação é o pressuposto, no plano macro, do desenvolvimento econômico, e no micro, do desenvolvimento individual.

Neste mesmo sentido é que, também no campo da saúde, investir em educação é o mesmo que valorizar os indivíduos e o próprio capital. Toma-se ao mesmo tempo o investimento como valorização do capital e um dos determinantes básicos para o aumento da produtividade; enquanto um elemento de superação do atraso econômico. Na mesma medida que o investimento como valor individual se traduz no fator explicativo das diferenças individuais de produtividade, de renda e, conseqüentemente, de mobilidade social.

Desloca-se, dessa forma, para o âmbito individual o problema da inserção social, do emprego e desemprego e transforma-se a educação em um “valor econômico”. É nesse contexto que se constrói no ideário da Carta de Punta Del Leste², o apontamento de que o fator de desenvolvimento dentro da idéia de recursos humanos deve ser tomado como investimento em educação e treinamento, ou seja, como capital humano.

Estas são características que se adequaram perfeitamente à lógica neoliberal que veio se consolidando no Brasil nos últimos anos, marcada por um modelo de organização do trabalho baseado na flexibilidade produtiva.

² A carta de Punta Del Leste assinada em agosto de 1961 na reunião Extraordinária do Conselho Interamericano Econômico e Social tinha como objetivo organizar reformas sociais nos países vizinhos aos Estados Unidos.

Em função da crise de produção vivida pelo capitalismo a partir da década de 1970, se estabelecem as condições para o processo alavancado pela nova revolução tecnológica e industrial que induzirá a base da substituição de uma tecnologia rígida por uma mais flexível no processo produtivo, permitindo acelerar o aumento da incorporação de capital morto e a diminuição do capital vivo neste processo.

A Teoria do Capital Humano é fortalecida com o rearranjo na ordem mundial onde residem a globalização, a internacionalização, o colapso do socialismo real e a reestruturação econômica juntamente com mudanças na base técnica do trabalho, sem alteração das relações sociais capitalistas. O impacto dessas mudanças no conteúdo do trabalho, na divisão do trabalho, na quantidade e na qualificação do trabalho será imenso.

A noção de competência também assume um lugar de destaque no processo de qualificação evocando o surgimento de capacidades subjetivas, flexíveis e criativas, colocadas, cada vez mais, como necessárias na concorrência do mercado de trabalho.

Também cabe assinalar que, segundo Ramos (2008, p. 83), a noção de ‘certificação de competências’, busca...

[...] distanciar a certificação da concepção acadêmica de credencial, obtida ao concluir estudos com êxito demonstrado por meio de provas, e aproximá-la da descrição de capacidades profissionais reais do trabalhador, independentemente da forma como ele as tenha adquirido. Assim, a certificação de competências profissionais pode ser realizada pela instituição de formação profissional em que se tenha cursado programas de formação profissional ou por um organismo criado especialmente para certificar essas competências.

Essa noção de competência, também surge associada ao processo de reestruturação produtiva implicada tanto com a busca de mecanismos flexíveis de produção, quanto com a desconstrução de um dos principais pilares do modelo fordista, o posto de trabalho e a necessária redefinição de seus conteúdos em detrimento dos avanços tecnológicos³. Trata-se, portanto, de um conjunto de noções que rompem frontalmente com a perspectiva de uma educação politécnica, que conduza a uma formação integral a serviço de um projeto societário comprometido com os propósitos de transformação da sociedade capitalista em prol da construção de um outro projeto societário implicado com a emancipação da classe trabalhadora.

Acompanhado de todo o substrato que sustenta a produção flexível e das recomendações de eficiência e produtividade do referencial neoliberal é que se configura uma

³ Sobre estas questões ver Ramos, Marise Nogueira. A Pedagogia das Competências: Autonomia ou Adaptação? São Paulo: Cortez, 2001.

sociedade do conhecimento, que traz no seu bojo conceitos tais como: qualidade total, flexibilidade, trabalho participativo e em equipe, formação flexível e a construção do conceito de empregabilidade. Assim é que o conceito de empregabilidade enfatiza a preparação de valores, conhecimentos e virtudes, deslocando o problema e a solução da possibilidade de emprego e de sua manutenção para o indivíduo e sua formação, pois a livre concorrência do mercado e a competição farão com que apenas os mais ‘competentes’ se tornem empregáveis. Segundo Oliveira (2006, p. 198):

No sentido mais comum, ‘empregabilidade’ tem sido compreendida como a capacidade de o indivíduo manter-se ou reinserir-se no mercado de trabalho, denotando a necessidade de o mesmo agrupar um conjunto de ingredientes que o torne capaz de competir com todos aqueles que disputam e lutam por um emprego.

É neste sentido que a escola ficou na mira do capitalismo ao mesmo tempo em que as empresas ampliam seu papel no sentido de prover a gestão e execução da formação dos trabalhadores através das estratégias de educação corporativa.

Mais uma vez a educação é considerada um capital pertencente a cada sujeito e a função do processo educativo volta-se para a produção de habilidades intelectuais, para o desenvolvimento de atitudes e de transmissão de conhecimentos geradores de capacidade de trabalho e, conseqüentemente, de produção.

Nesta mesma perspectiva, outro aspecto que também remete para a idéia de cidadão produtivo e de estado eficiente - encontra-se circunscrito aos mecanismos de ‘Reforma do Estado’ instituídos no Brasil a partir da década de 80, com vistas a buscar estratégias de flexibilização gerencial de sua atuação.

Neste período partia-se de uma realidade em que o governo brasileiro encontrava-se muito concentrado no esforço de buscar a instituição de instrumentos de gestão que fossem capazes de promover a tal Reforma do Aparelho do Estado.

Nesse contexto de reforma do estado, as mudanças ocorridas no âmbito da organização do sistema de saúde brasileiro podem ser entendidas em pelo menos três principais aspectos (TEIXEIRA, 1999):

1. Os derivados do processo de flexibilização da gestão do trabalho nos países industrializados e de economia capitalista;

2. Os decorrentes do processo de promulgação da Constituição Federal de 88, que levou à formulação da proposta de institucionalização do Sistema Único de Saúde – SUS; e
3. A proposta de Reforma do Estado, baseada no princípio da flexibilização da gestão pública.

Quanto à gestão dos recursos humanos no sistema público de saúde, pode-se efetivamente apontar que tanto num aspecto como nos outros, partia-se da necessidade do estado de promover mudanças estratégicas nas formas de organização política e administrativa das ações e dos serviços de saúde com o objetivo de fazer com que o estado brasileiro pudesse cumprir com sua função de atender aos interesses públicos previstos no texto constitucional.

Nesse sentido se aponta que o ano de 1988 traz para o setor saúde uma perspectiva diferente no modo de gerenciar e administrar seus serviços e recursos, na medida em que se tornou possível dar um novo sentido para a organização do sistema público com o processo de descentralização das ações e serviços de saúde.

A Constituição de 1988 apontou a necessidade da realização de concursos públicos, como princípio da contratação dos trabalhadores, tomado-o como uma estratégia fundamental do processo de conformação dos quadros de servidores públicos. No entanto, também foi nesta mesma constituição que se reservou aos grupos privados associados ao SUS um espaço bastante generoso na conformação do sistema, uma vez que os prestadores privados de serviços de saúde permaneceram ligados ao sistema público sob a forma de saúde complementar, através do sistema de rede contratada e conveniada (BRASIL, Lei 8.080/set/1990). Ao mesmo tempo em que o setor privado autônomo, ou seja, o seguimento do setor privado que não usufrui, pelo menos diretamente, de financiamento por recursos públicos, não teve qualquer tipo de regulamentação e ainda viu crescer sua participação no mercado de serviços de saúde através da oferta de planos de saúde.

A ampliação do direito às ações e serviços de saúde para toda a população brasileira através do princípio da universalização, fez com que grande parcela dos usuários do antigo sistema público se sentisse insatisfeita com os serviços que passaram a ser prestados, influenciando o aumento da procura pelos serviços ofertados através do sistema privado. Esta clientela passou a representar parcela significativa dos usuários dos planos de saúde.

A busca de mecanismos mais flexíveis de gestão foi o que tornou as relações estabelecidas entre o setor público e o setor privado de serviços na área da saúde o principal eixo para análise das condições políticas em que a proposta de reorganização do estado, pela via de sua reforma estrutural, foi viabilizada dentro do SUS.

Um grande debate sobre gestão e regulação do trabalho em saúde inicia-se no interior do processo de formulação de políticas de recursos humanos em saúde, em torno de propostas que, como apontado por Teixeira (1999, p. 4), “possam compatibilizar as diferentes formas de vinculação e gestão do trabalho com os objetivos do SUS”.

Teixeira (1999, p. 4; p.12) nos mostra, ainda, que “há de um lado, os que defendem as novas vias de contratação e gestão do trabalho e vêm nestas uma resposta aos pontos de estrangulamento dos serviços de saúde, causados pela falta de recursos humanos necessários à sua manutenção”. Por outro lado, “o conjunto dessas propostas recebem críticas por estabelecerem relações precárias de emprego”.

O processo de flexibilização da gestão do trabalho, observado nas organizações industrializadas tem sido, nas últimas décadas, a principal fonte de inspiração para se pensar os modelos de organização dos serviços públicos de saúde no Brasil. “As questões que atualmente afetam os mercados de trabalho no mundo, não só passaram a formar parte do diagnóstico das dificuldades econômicas, como também das medidas necessárias para solucioná-las” (TEIXEIRA,1999, p. 16).

Esta autora também afirma que necessidades de alterações nas relações de trabalho são adequações às condições econômicas, onde “tempo e jornada de trabalho, bem como sistemas salariais, devem ser ajustados às flutuações dos mercados” (TEIXEIRA,1999: p. 16).

Esses efeitos de uma economia globalizada conferem, continuamente, maior hegemonia aos países centrais como resultado da revolução tecnológica, identificado neste processo como progresso. Enquanto os países periféricos vêm tornando-se cada vez mais atrasados e dependentes, com um profundo cerceamento em sua capacidade de desenvolvimento.

Chamamos atenção para o fato de que estas mudanças afetam não só a forma como serão concebidas as estratégias de reestruturação do sistema público de saúde na lógica da reforma sanitária, mas principalmente o perfil de trabalhador que será apropriado para atuar neste processo.

No âmbito da gestão dos recursos humanos em saúde, o Brasil vem experimentando a inclusão, no âmbito da gestão dos recursos humanos, de experiências inovadoras, conforme nos aponta Machado (1999: 107) ao abordar a situação dos hospitais brasileiros:

[...] apesar de algumas modalidades alternativas não serem totalmente inéditas aos hospitais brasileiros, essas experiências certamente vem se multiplicando e ganhando maior visibilidade nos últimos anos. A proliferação dessas experiências nos anos 90 se dá de forma pulverizada, em todo o país, a partir de propostas do governo federal, de governos estaduais e municipais, ou mesmo por iniciativa das próprias instituições de saúde (MACHADO, 1999: 107).

Como defendido por Nogueira⁴ (1997), nesta perspectiva é possível identificar vários níveis institucionais da reforma na proposta de organização do setor saúde:

1. Primeiro o que ele chamou de Reforma Original, ou seja, o próprio Sistema Único de Saúde. Caracterizado por mudanças de princípios fundamentalmente organizacionais e por princípios políticos e ideológicos, influenciando que o processo de contratação dos trabalhadores, como já indicado pela Constituição de 1988, fosse viável somente através da realização de concurso público.
2. Segundo, como ele mesmo chamou, o denominado 'jeitinho local'. Caracterizado pelas inúmeras iniciativas tomadas, nas últimas décadas, no âmbito de cada município, cada instituição, cada organização de saúde, com o fim exclusivo de fazer contratação de Recursos Humanos, sem a obrigatoriedade de realização de Concurso Público ou, ainda, da organização de alguma frente nova de trabalho sem a caracterização do chamado serviço público estatal (Nogueira, 1997), obtidos basicamente através dos seguintes mecanismos:
 - a) Deflagração do processo de esvaziamento dos quadros de servidores públicos, plano de Demissão Voluntária – PDV; não realização de concursos públicos; enquadramento de servidores na situação em disponibilidade de serviço; adoção

⁴ Roberto Passos Nogueira - A época Coordenador Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde, defendendo questão temática em um seminário sobre “Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado”, ocorrido em Brasília, em outubro de 1997.

da aposentadoria compulsória ou por tempo de serviço sem a devida reposição da vaga; etc.

- b) Organização de novas frentes de trabalho; adoção da estratégia de terceirização de inúmeros serviços, inclusive através do mecanismo de cooperativas para contratação de mão-de-obra; estabelecimento de convênios; criação de empresas públicas, quando não de fundações de Apoio, etc.
 - c) Contratação de Recursos Humanos; contrato temporário de serviços prestados (inclusive, através de recibo de pagamento de autônomos - RPA); contrato particular de vínculo precário; sistemas de incentivos para os servidores públicos, como meio de fixá-los no serviço; uso de DAS – cargo comissionado de direção e assessoramento em serviço, como forma de contratação de RH; sistemas de estágios e de bolsas diversas para contratação de Recursos humanos sob várias modalidades (tais como de iniciação científica, aperfeiçoamento profissional, especialização, residência, pesquisador e professor visitante, etc.), entre outros.
3. Projeto de reforma com a proposta de flexibilização gerencial. Caracterizado pela proposta oficial do Governo Federal na gestão do Presidente Fernando Henrique Cardoso - FHC, em especial, do Ministério de Administração e Reforma do Estado - MARE, que, num certo sentido, sugeria uma espécie de radicalização “como meio de diluir o altíssimo grau de ilegalidade em que o Estado passou a se posicionar diante do enorme volume de causas trabalhistas⁵”, impetrada na justiça contra o governo naquele período. Em detrimento disto, o governo apresentou um conjunto de alternativas para flexibilizar as organizações públicas, na forma de Organizações Sociais, Agências Autônomas e Agências Executivas.

Essas modalidades, segundo o próprio Bresser Pereira⁶ (1998), se organizaram dentro do Estado a partir de quatro grandes setores:

- A) O núcleo estratégico do Estado;

⁵ Roberto Passos Nogueira, defendendo questão temática em um seminário sobre “Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado”, ocorrido em Brasília, em outubro de 1997

⁶ Luiz Carlos Bresser Pereira - A época, Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado.

- B) As atividades exclusivas de Estado;
- C) Os serviços não exclusivos ou competitivos e;
- D) A produção de bens e serviços para o mercado.

No projeto de reforma apresentado pelo MARE, estes quatro setores deveriam ser organizados segundo as seguintes modalidades de Agências Executivas, Agências Autônomas e/ou Organizações Sociais. As Agências Executivas englobam todo o chamado “núcleo estratégico” e todas as atividades típicas e/ou exclusivas das funções do Estado; as Organizações Sociais compostas por todo seguimento representativo das atividades e dos serviços não exclusivos ou competitivos e da produção de bens e serviços para o mercado e; as Agências Autônomas, caracterizadas como uma espécie de híbrido entre os dois modelos anteriores. Ou seja, tudo aquilo que não fosse típico ou exclusivo das atividades e serviços do Estado, nem bem atividades típicas do mercado, tal como as Pioneiras Sociais, conforme especificado pelo próprio Ministro⁷.

No entanto, quando nos voltamos para o setor saúde, nos deparamos com aqueles postulados defendidos por Nogueira⁸ (1997), através dos quais era possível a identificação de vários níveis institucionais da Reforma do Estado no interior da proposta de organização do sistema de saúde brasileiro.

Este fato nos levou a atribuir um grau de importância muito grande ao processo de flexibilização instalado no interior do sistema de saúde brasileiro, como instrumento de contratação dos trabalhadores do SUS. Tornou-se necessário buscar nos intelectuais que atuam no campo da gestão em saúde, em especial na área de recursos humanos, e em alguns gestores chaves do sistema de saúde, os referenciais para a explicação destes problemas.

Oliveira Junior⁹ (1996), explica que a busca de alternativas ao regime jurídico único, tinham criado inúmeras modalidades de vínculos profissionais no âmbito do SUS, alguns, segundo ele, extremamente preocupantes.

⁷ Ministro Luiz Carlos Bresser Pereira - Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado – MARE, em debate realizado na Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ, sobre o posicionamento da FIOCRUZ frente à Reforma do Estado, 1995.

⁸ Roberto Passos Nogueira - A época, Coordenador Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS do Ministério da Saúde, defendendo questão temática em um seminário sobre “Regulação e Gestão de Recursos Humanos em Saúde na perspectiva da Reforma do Estado”, ocorrido em Brasília, em outubro de 1997.

⁹ A época, na qualidade de assessor do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde).

Ele nos apontou que a partir de um levantamento preliminar¹⁰, foi possível identificar uma enorme diversidade de vínculos no SUS, que pode, esquematicamente, ser assim resumida:

1. Regimes estatutários Federal, Estadual e Municipal;
2. Regime celetista Estadual e Municipal;
3. Contratos temporários de trabalho, renovados ilegalmente por anos seguidos;
4. Comissionamento de todos os cargos municipais da área da saúde, burlando não apenas o regime jurídico único, mas também o concurso público;
5. Credenciamento tradicional de médicos para atender nos hospitais conveniados e contratados ao SUS, extensão do credenciamento dos hospitais públicos e até em ambulatórios, realizando duplo pagamento aos médicos (salário + credenciamento);
6. Crescente terceirização dos serviços de apoio na área de saúde, incluindo manutenção de equipamentos, informática, lavanderia, etc., além dos tradicionais serviços gerais e de segurança;
7. Terceirização das atividades típicas da área de saúde, com ou sem licitação pública, através de entidades de direito público ou privado, incluindo as associações comunitárias (programa de saúde da família e de agentes comunitários), os clubes de serviços/maçonaria para gerenciar unidades públicas de saúde, contratação de cooperativas médicas por especialidade ou local de trabalho, empresas privadas de contratação de mão de obra, etc;
8. Triangulação na contratação de profissionais da área de saúde, seja através de universidades, núcleos de ensino e pesquisa, associações comunitárias, empresas filantrópicas ou lucrativas, etc. Nestes casos estão incluídos desde assessorias especiais e temporárias, até contratos de profissionais que atuam permanentemente na rede de saúde, passando por “contratos temporários de agentes para combate a doenças transmissíveis”, ou seja, parte significativa dos trabalhadores que viriam a compor o corpo dos agentes locais de vigilância em saúde.

¹⁰ Realizado a partir de uma pesquisa sobre gasto com Recursos Humanos no setor saúde, coordenada pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS e com apoio do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS

Para Oliveira Junior (1996), saltava aos olhos a inadiável necessidade de aprofundar o debate sobre este tema, pois ao continuar-se agindo desconhecendo as leis para flexibilizar a política de administração de RH para o SUS, sem uma real mudança das práticas, havia o risco de permitir que as irregularidades praticadas fossem transformadas em regra e, pior, cada um criando a sua.

Já em Paranaguá¹¹ (1996) encontramos a defesa de que o Estado, enquanto guardião das ações e serviços de saúde, é o responsável por organizar as estruturas de produção e oferta dos mesmos, por intermédio de órgãos da administração direta e indireta. Nesse sentido cabe ao Estado desempenhar as funções inerentes a qualquer organização prestadora de serviço, necessitando pra isso:

1. Contratar trabalhadores que estejam disponíveis no mercado de trabalho;
2. Adotar procedimentos e obedecer a mandamentos legais na manutenção de registros e na efetuação de controles, visando o cumprimento dos deveres e obrigações;
3. Prover mecanismos e estimular oportunidades de desenvolvimento de conhecimentos e habilidades relacionados ao desempenho das atribuições ou funções previstas na contratação;
4. Participar de processos de negociação que visem superar ou resolver conflitos inerentes às relações de trabalho.

Segundo Paranaguá (1996), é através do desempenho dessas atribuições que se assegura a direcionalidade da função trabalho no sentido da missão ou dos objetivos da própria organização. Através dessas funções se materializa grande parte da influência regulatória do setor público sobre o mercado de trabalho.

Para este autor a contratação de trabalhadores para o serviço público carece de mecanismos e processos que garantam razoável coerência entre o que se espera e o que se obtém em termos de capacidade de responder às necessidades organizacionais do SUS. E que o ingresso no serviço público, até um passado recente, realizava-se a mercê de interesses clientelistas ou patrimonialistas.

Ainda segundo o autor, o concurso público, mesmo considerado uma conquista teoricamente louvável do ponto de vista da democratização de oportunidades, não parece

¹¹ José Paranaguá de Santana – A época Consultor Nacional da OPAS, Representação do Brasil. Médico da Fundação Nacional de Saúde. Assessor Executivo do Ministério da Saúde.

representar solução satisfatória para a questão, na medida em que, numa sociedade marcada por profundas desigualdades, o ritual seletivo, geralmente baseado em atributos educacionais, preserva ou perpetua tais desigualdades.

Além disso, indica que a experiência vem demonstrando, cada vez com maior evidência, as dificuldades operacionais para o alcance do objetivo final da seleção que é o recrutamento de pessoal adequado para o trabalho onde este precisa ser realizado.

Prossegue apontando que diante dessas mazelas, uma das atitudes mais freqüentes dos gestores é refugiarem-se para fora do problema. Essa expressão pretende apontar para o entendimento de que as questões de recursos humanos pertencem, exclusivamente, ao setor de pessoal da organização, ou que decorrem da legislação do serviço público e, portanto, estão fora da alçada de responsabilidade do gestor do SUS.

Desta forma, Paranaguá (1996) questiona a possibilidade de administrar a oferta de empregos no sentido de fortalecer o cumprimento dos desígnios explícitos do poder público no campo da saúde. O autor considera a tipologia de vínculos no âmbito do SUS muito diversificada, apontando que elas surgiram como resultante e reflexo dos interesses de grupos ou categorias profissionais que foram aos poucos se consolidando ao longo do tempo ou, ainda, em decorrência da busca de alternativas que permitissem romper com as limitações do regime jurídico-administrativo do serviço público.

Nos cabe também apontar que é imprescindível demarcar que as mudanças propostas para a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde são transformações que mexem não apenas com a estrutura da organização, enquanto uma estrutura sólida e fixa, mas principalmente em seus componentes variantes, como a cultura organizacional que se encontra circunscrita à organização.

Nesta mesma perspectiva, Tavares (1993, p. 29) afirma que uma organização ao se transformar numa cultura, tem a capacidade de criar um conjunto de ações relativas a seu posicionamento externo, e à sua coordenação interna, de caráter ideológico, comportamental e material, que possibilita sua sobrevivência, manutenção e crescimento. Essas ações são por elas executadas, testadas e avaliadas, e então retidas e transmitidas socialmente, como sendo o modo apropriado de lidar com os problemas de ajustamento externo e de redirecionamento interno, bem como de pensar e de sentir a respeito do mundo organizacional.

Conforme discutido nos capítulos anteriores entende-se que o processo de mudança das práticas sociais não se faz sem resistências, e que este processo só é possível através de

múltiplas ações e muita luta. O Movimento da Reforma Sanitária foi determinante para a construção de uma proposta de reestruturação do sistema, tal como observado no SUS.

Cabe destacar também o papel dos gestores dos serviços no processo de gerência da organização, entendendo gestor em seu sentido mais amplo, e não apenas os dirigentes de unidades, mas também o governo, os representantes dos trabalhadores, representantes dos usuários, etc., os quais são co-responsáveis pelo processo de gestão no SUS e o fazem através da participação nos conselhos e conferências de saúde em suas diferentes instâncias de representação.

Neste sentido, a situação do “somos todos responsáveis, é tarefa de todos manter o curso definido para que alcancemos o objetivo”, que de tempos em tempos é apregoado por representantes dos governos, fica comprometido pelo fato da reforma não ter sido vivenciada com o máximo de intensidade, pelos diferentes atores envolvidos no processo de mudança instalado na estrutura do sistema de saúde. Por isto é que se aponta a pouca adesão dos trabalhadores e da população usuária ao processo de construção do SUS, como elemento chave para que sua consolidação seja viável.

Parece permanecer oculto que é a cultura, assim como defendido por Tavares (1993, p.43), que define que a mudança é o estado próprio das coisas, pessoas, processos, lugares, enfim, do mundo. Portanto, não é, simplesmente, o desejo ou vontade do gestor. Estabelecendo-se, desta forma, um binômio indissolúvel de permanência e mutação capaz de proporcionar uma situação de segurança no constante mudar.

Em relação ao que foi possível observar no processo de reorganização do sistema de saúde destaca-se que, embora lenta, as mudanças promovidas foram de fundamental importância para o processo de consolidação do SUS. A instituição do novo modelo de organização baseado na implantação dos sistemas locais de saúde foi possível somente em função das múltiplas estratégias adotadas, que vão desde a descentralização do pessoal oriundo da estrutura do Inamps, até as estratégias de indução através dos mecanismos de financiamento previstos nas NOB's, vinculando a disponibilidade dos recursos ao processo de organização dos serviços no âmbito municipal.

Produziu-se, ainda, a necessidade de estruturação de uma força de trabalho capaz de responder às novas demandas, fato que levou a um processo de incorporação de trabalhadores que ao ingressar no sistema de saúde, foram sendo absorvidos, cada vez mais, por meio de contratos de trabalho de caráter precário.

Neste caso, salienta-se que não se tem uma mudança da cultura, como definido por Tavares (1993, p. 43), apenas nos estados emocionais de medo, insegurança, frustração e raiva, que levam a comportamentos de resistências conscientes e inconscientes. Ao invés disto, uma aparente familiaridade com todo tipo de mudanças de pessoas, de locais de trabalho, de equipamentos, de processos, de produtos, de chefes, de organogramas, etc., pois o mudar é permanente. O que faz com que todo o processo da mudança assuma, prioritariamente, a forma instituinte do sistema emergente.

Nesse sentido Tavares (1993, p. 19) aponta que empresas ou organizações estatais enfrentam o seu 'momento de verdade' quando estão diante da iminência da privatização. Segundo esta autora é muito difícil que uma organização mude seus atuais padrões culturais, se ela não tiver sua existência definida pela relação com o mercado, o que remete à noção de que em todo processo que implica em mudança da cultura organizacional, as condições sociais passam a não ser perene, posto que o cenário transforma-se, caracterizando a idéia de um futuro instalando-se.

De acordo com as perspectivas apontadas por Tavares (1993) as conseqüências dessas novas condições culturais traduz-se em drásticas mudanças nas relações de trabalho das organizações. Nesta perspectiva, mais do que uma inovação promovida pelo processo de mudança é a instituição de um novo modelo de gestão, que se impõe para a conquista de um novo sistema.

Neste sentido pode-se ainda analisar o processo que levou à organização e consolidação do SUS segundo o ponto de vista institucional. Conforme apontado por Lourau (1996: p. 97), "[...] a instituição não tem realidade objetiva, não é uma 'coisa'". Sendo, segundo este mesmo autor, "ao mesmo tempo um objeto real e um objeto do conhecimento, evocando sucessivamente as coações sociais que devem reforçar, transformar ou afastar e a idéia de invariantes sociais que apresentam muita dificuldade em eliminar toda transcendência" (LOURAU, 1996, p. 93-94).

Em sua abordagem Lourau (1996, p. 107-109) nos mostra que a teoria institucional de Durkheim é uma teoria do contínuo social, distinta da visão defendida por Marx, que vê a instituição de novas formas sociais, como a fábrica e a usina, modificando a relação existente entre as instituições anteriores e a relação que os indivíduos mantêm com as novas formas institucionais. Lourau busca em Marx a noção de que as instituições não são senão máscaras das relações sociais reais.

Ainda hoje, mesmo após o SUS ter passado por inúmeras mudanças como o processo de descentralização e de organização dos sistemas locais de saúde, vive-se um clima conflituoso na definição de sua missão, com pouca clareza do papel que cabe a cada um dos entes federados em questões cruciais de sua organização, como, por exemplo, as questões de financiamento do sistema e da contratação da força de trabalho.

Assim é que Lourau (1996, p. 142) defende que a instituição não é uma coisa observável, mas uma dinâmica contraditória que vai construindo-se na história, no tempo. O tempo, o social histórico, em sua visão, é sempre primordial, pois toma a instituição como dinamismo, movimento; jamais como imobilismo. Embora o instituído, o *status quo*, atue com um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade.

Em nosso estudo, podemos apontar que o processo instaurado pela Reforma Sanitária Brasileira, que levou à instituição do SUS, fadou as macro-organizações a um processo de falência, por não se adequarem ao contexto organizacional do novo sistema de saúde. Estas organizações, no contexto de reorganização do novo sistema de saúde, perderam o sentido que as justificavam institucionalmente enquanto órgãos necessários à organização do SUS, dentre as quais se destacam o Inamps (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), além, é claro, do CENEPI (Centro Nacional de Epidemiologia), a SUCAM (Superintendência de Campanhas) e a FSESP (Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública), que acabaram unificados na estrutura da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), que depois também se modificou dando origem a outras organizações como a SVS (Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde), a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância em Saúde) e o DATASUS (Banco de Dados do SUS).

No nosso caso específico, cabe citar o fenômeno que ocorre com certas instituições públicas, que como *Fênix - aquela que ressurge das cinzas*, insistem em resistir ao movimento e/ou forças de autodissolução que as baniram do cenário político e da arena social. Como o caso, por exemplo, da “Cultura Inampiana” que funciona, hoje, como estrutura do Ministério da Saúde, como no exemplo dos hospitais públicos federais e, também, da que foi criada em torno da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA.

Essas instituições teimam em se manter como estruturas organizacionais potentes, verticais e centralizadoras, mesmo quando o movimento da história aponta para a emersão de núcleos gerenciais de pequeno e médio porte, com estruturas administrativas de caráter flexível, aludido no perfil das estruturas municipais.

Assim sendo, Lourau (1996) defenderá que a institucionalização é o devir, a história, o produto contraditório do instituinte e do instituído, em luta permanente, em constante contradição com as forças de autodissolução.

Neste sentido é que apontamos como exemplo o caso da estrutura Inampiana e da FUNASA, que mesmo na contra mão da história, insistem em se apresentar como vítimas da ação devastadora das forças de autodissolução, que implodem impiedosamente potentes estruturas e culturas organizacionais, para apresentar como devir, um novo modelo de organização e gestão.

Estas últimas décadas de mudanças nas estratégias de organização do sistema de saúde têm contribuído também para gerar um significativo grau de conflito nas relações estabelecidas entre as organizações de saúde, a ponto de promover, inclusive, um verdadeiro processo interno de privatização das ações e dos serviços públicos. Esse processo vem ocorrendo através da ação de contratação de empresas que terceirizam mão-de-obra, de cooperativas e, por vezes, até de organizações não governamentais, como também da criação de figuras jurídicas como a das fundações públicas de direitos privados.

Este é o conjunto de fatores e acontecimentos que correspondem aos condicionantes políticos, sociais e ideológicos que surgem na produção dos conflitos organizacionais e institucionais vividos dentro e fora do sistema de saúde e que coincidem com a falta de clareza na política de Recursos Humanos para o SUS. E é o que contribui também para que as relações de contratação no trabalho em saúde careçam cada vez mais de normas e regulamentações que lhe atribuam uma clara definição.

Os fatores até aqui arrolados são fundamentais do ponto de vista da análise proposta neste trabalho, em função de dois aspectos: primeiro pelo fato de que as mudanças viabilizadas pelo SUS na estrutura e organização do sistema de saúde, com os pressupostos de universalidade, equidade e integralidade, sugerem a exigência de um novo trabalhador, capaz de operar gerencialmente esta nova estrutura organizacional, de uma forma que os permita agir de maneira crítica, reflexiva e autonomamente; de outro lado, coloca-se também a necessidade de que este trabalhador seja capaz de lidar com as questões da cidadania, proposta a partir de um novo patamar de direitos políticos e sociais instituídos pela Constituição de 1988.

Esta é a perspectiva de formação que se tornou necessária para os trabalhadores que atuam no campo da saúde com a instituição do SUS. Mas no Politécnico, para além desta perspectiva, se coloca a necessidade de se pensar as estratégias propostas para esta formação,

com base numa perspectiva curricular que seja estruturada no sentido de possibilitar o desenvolvimento de uma formação humana, que seja capaz de oferecer aos trabalhadores a possibilidade de desenvolvimento de uma consciência crítica em favor da emancipação da classe trabalhadora.

Pensar a proposta de formação voltada para um projeto emancipatório é a única condição de resgatar o homem em sua essência, ou seja, como resultante das relações de produção que os homens estabelecem, uns com os outros, na sua relação com a natureza, transformando-a em prol do suprimento de suas necessidades. Pois transformando a natureza em prol do suprimento de suas necessidades, os homens produzem a sua própria existência, assim como a existência de sua vida material.

A condição essencial de toda história humana é, naturalmente, a existência de seres humanos vivos. O primeiro estado de fato a constatar é, portanto, a complexão física da natureza. Não podemos, naturalmente, fazer aqui um estudo profundo da constituição física do homem, nem das condições naturais que os homens já encontraram, condições geológicas, orográficas, hidrográficas, climáticas e outras. Toda história deve partir dessas bases naturais e de sua modificação pela ação humana, no curso da história.

Podemos distinguir os homens dos animais pela consciência, pela religião e por tudo o que se desejar. Os próprios homens começam a se distinguir dos animais a partir do momento em que começam a produzir os seus meios de existência, passo à frente que foi consequência mesma de sua organização física. Ao produzirem os seus meios de existência, os homens produzem indiretamente sua própria vida material (MARX, 1965: p. 15).

Ao desenvolver a capacidade de transformar a natureza em prol do suprimento de suas necessidades, os homens terminam por diferenciar-se dos elementos desta mesma natureza da qual, originalmente, fazem parte, instituindo o que se denominou chamar de natureza humana. E esta capacidade que os homens desenvolveram de transformação da natureza é o que chamamos de trabalho. Mas este é o sentido ontológico que lhe é atribuído; há, ainda, um outro sentido, denominado histórico, na medida em que o trabalho vai adquirindo formas específicas sob diferentes modos de produção (Ramos, 2010, p.94). E é sobre esta capacidade de transformação da natureza que chamamos de trabalho que nos interessa abordar na perspectiva da formação humana, pois compõe o eixo fundamental dos pressupostos éticos, políticos e pedagógicos da proposta de formação, que tem no trabalho seu princípio educativo.

O modo pelo qual as pessoas manifestam sua vida reflete muito exatamente o que elas são. Tal modo de ser coincide, portanto, com sua produção, tanto com o que produzem como com o modo pelo qual produzem. O que as pessoas são depende, portanto, das condições materiais de sua produção (MARX, 1965: p. 15).

Mas o que torna o trabalho uma ação humana não se deve apenas à capacidade dos homens de transformar a natureza, mas sim a intenção que estes atribuem à atividade quando estão produzindo. Ou seja, a capacidade de projetar aquilo que vai fazer mesmo antes de produzir. Outra característica fundamental é que o homem não produz somente para si mesmo, produz também para os outros, o que derivará o caráter universal da produção humana. Estas são as características que tornam esta capacidade uma ação exclusiva dos seres humanos enquanto seres sociais. O que faz do trabalho, portanto, uma ação inerente à produção da vida humana (RAMOS, 2010, p.96).

No entanto, na medida em que foi se dando o aperfeiçoando com o desenvolvimento de técnicas e ferramentas, o trabalho foi ganhando formas específicas de organização e, aos poucos, adquirindo novas características como a divisão do trabalho e a hierarquização. O que também gerou formas específicas de apropriação do produto do trabalho, o que acabou levando a formas de exploração do trabalho humano nas relações estabelecidas entre os homens, assim como entre as classes sociais que se desenvolveram em torno do trabalho.

O trabalho, em seu sentido de produção de bens úteis materiais e simbólicos ou criador de valores de uso, é condição constitutiva da vida dos seres humanos em relação aos outros. Mediante isso, o trabalho transforma os bens da natureza ou os produz para responder, antes de tudo, às suas múltiplas necessidades. Por isso o trabalho é humanamente imprescindível ao homem desde sempre. Desgraçadamente o trabalho, criador de valores de uso imprescindível à produção da vida, não tem sido assumido por todos. A história humana, infelizmente, até hoje, reitera a exploração de seres humanos por seres humanos e de classes sobre classes (FRIGOTTO, 2002: p. 12-13).

Frigotto (2002) nos ajuda a entender o sentido do trabalho em duas dimensões analisadas por Marx: “trabalho como mundo das necessidades e trabalho como mundo da liberdade”. A primeira associada à perspectiva ontológica do trabalho considerando a sua condição de ser histórico-natural que necessita produzir os meios de satisfazer suas necessidades e os meios de manutenção de sua vida biológica e social. Supridas suas necessidades básicas o homem se põe à produção de novas necessidades, estabelecendo uma relativa variação histórica, a partir da qual o ser humano passa a usufruir o trabalho mais especificamente humano – criativo e livre ou ainda não delimitado pelo reino da necessidade.

Segundo Ramos (2010, p.98), Essa dupla determinação do trabalho engendra, de um lado, a dimensão ontológica que incorpora o sentido da produção da vida humana independentemente do modo como se manifesta e, de outro, a dimensão histórica do trabalho, apontando que ao longo da história da vida humana, o homem buscou organizar relações sociais de produção da vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de organização do trabalho, tais como o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado.

O que significa dizer que do ponto de vista ontológico, como nos indica Ramos (2010, p. 98), “o ser humano precisa aprender a produzir sua própria existência, o que nos leva a concluir que a produção do homem é, ao mesmo tempo, a formação do homem”. Mas na medida em que o homem modifica a sua forma de produzir ou de organizar a produção, “esse aprendizado se modifica juntamente com as mudanças pelas quais passam as formas de trabalho, de produção da existência”. O que, segundo esta perspectiva, torna a educação sob a égide do trabalho tanto ontológica quanto histórica.

São as abordagens sobre estas dimensões que assumem o trabalho e os sentidos que a ele são atribuídos, que importam e necessariamente precisam estar implicadas numa perspectiva de educação politécnica na busca de uma formação humana, numa concepção omnilateral de homem.

Este é o desafio curricular que está posto para a EPSJV como pressuposto básico para a oferta de uma proposta de formação para os trabalhadores de nível médio da saúde que atuam no campo da gestão do SUS, sob uma perspectiva da educação politécnica.

5 A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA PEDAGÓGICA NUMA CONCEPÇÃO POLITÉCNICA NO CAMPO DA GESTÃO EM SAÚDE

5.1 A EPSJV - MARCOS HISTÓRICOS: DA UTOPIA E DA PAIXÃO À MATERIALIZAÇÃO DE SUA PROPOSTA PEDAGÓGICA

O início da elaboração crítica é a consciência daquilo que somos realmente, isto é, ‘um conhecer-te a ti mesmo’ como produto do processo histórico até hoje desenvolvido, que deixou em ti uma infinidade de traços sem benefício no inventário. Deve-se fazer inicialmente esse inventário (GRAMSCI, 1989, p.12).

Criada em agosto de 1985, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - EPSJV traz para o escopo das ações da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, o desafio de promover a formação de trabalhadores de nível médio que atuam no campo da saúde, como uma estratégia de fortalecimento e qualificação das ações da saúde pública¹².

A EPSJV foi criada com o propósito de viabilizar a proposta de formação técnica que buscasse aliar a atividade de produção intelectual à manual, rompendo com a clássica dicotomia entre o ato de pensar e fazer e a separação entre o geral e o específico. Segundo Amâncio Filho:

A iniciativa deveria contemplar e unir a formação humanística e a atividade prática, tendo como núcleo motivador e propulsor a tentativa de transpor para a prática cotidiana, no interior de uma instituição pública de ciência e tecnologia aplicadas à saúde, preceitos que sustentam a concepção de educação politécnica como horizonte e referência para o exercício de ações educativas (AMÂNCIO FILHO, 1998, p.1).

Neste sentido, o Politécnico da Saúde nasce de uma utopia, que traz em si uma vontade tenaz de, como dito por Frigotto (1988, p. 435), “... *arrancar de dentro da velha sociedade excludente e da escola dual e discriminatória uma nova sociedade e uma nova escola*”. Mas nasce também da paixão e sonho de homens como os Professores Sérgio Arouca, Luiz Fernando Ferreira e Arlindo Fábio Gómez de Souza que tiveram a ousadia de propor um projeto de tamanha envergadura. Uma ‘alucinação’ que também remonta, como

¹² Sua instituição no âmbito das ações da Fiocruz se dá em um contexto marcado pelo movimento que ficou conhecido na década de 80 como da reforma sanitária brasileira, o qual teve seu momento de efervescência na realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986 e que produziu significativo impacto no processo de reorganização do sistema público de saúde com a institucionalização, através Constituição Federal de 1988, do Sistema Único de Saúde – SUS, conforme apresentado no capítulo II.

bem apontado por Frigotto (1988, p. 435), ao tempo de Joaquim Venâncio¹³, traduzindo um horizonte nas dimensões do político, do social, do econômico e do cultural, numa perspectiva do possível, em busca da possibilidade da transformação social.

Há também outras formas de contar esta história, como as contadas por Luiz Fernando Ferreira¹⁴, num de seus muitos ‘causos’, no qual diz que a proposta surgiu numa mesa de bar, em um almoço de confraternização do qual participaram além dele, Arouca e Arlindo. E que depois de uma boa bacalhoadada e uns tragos de bagaceira, foi que se teve a idéia de trazer, como bons partidários do socialismo, a proposição de uma escola politécnica para o campo da saúde.

A utopia também encontrou eco, conforme relatado por Frigotto (1988, p. 435), “*num grupo de jovens profissionais inconformados com seu tempo, com a sociedade excludente, com a escola dual, com a saúde e educação que excluem as maiorias ou lhes oferecem serviços de segunda categoria*”. Entre estes, Antenor Amâncio Filho, Joaquim Alberto Cardoso de Melo e, os então ‘meninos’, André Malhão, Bianca Antunes e Júlio França Lima, na busca por uma sociedade mais justa e equânime, e uma educação projetada para a formação de técnicos, dirigentes e de cidadãos formados na perspectiva de sujeitos autônomos, críticos e reflexivos. Enfim, de trabalhadores conscientes de seu lugar nas relações sociais de classe e de seu preponderante papel no processo de transformação da sociedade. Uma utopia que, conforme sinalizado por Amâncio Filho (1998, p.2), “[...] dinamiza, alimenta e alicerça o desejo de mudanças possíveis no interior de uma dada realidade, permitindo refletir a construção do futuro a partir dos meios e modos que essa realidade oferece”. Uma utopia que é:

[...] impulsionada pela vontade de enfrentar problemas graves que, de tão comuns, insistem em parecer normais, utopia motivadora da necessidade de tentar o impossível para mudar rumos previamente traçados, contrapondo-se à obviedade das coisas possíveis as quais, por limitadas e previsíveis, de alguma forma acontecem (AMÂNCIO FILHO, 1998, p. 2).

Uma escola e uma escolha, pautadas por uma vontade de transformação que ganha materialidade num projeto de formação humana, que toma a politecnicidade como perspectiva pedagógica e o trabalho como princípio educativo e que começou a ganhar concretude a partir da iniciativa do Politécnico de promover um debate em torno da questão da politecnicidade.¹⁵

¹³ Em 06 de agosto de 1985, por ato da presidência da Fiocruz, o nome da Escola foi alterado para Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, tomando como referência o profissional de nível médio que, por anos a fio, trabalhou ao lado do Dr. Adolpho Lutz, ambos do IOC, e aprendera, sob a orientação do mestre, os meandros do trabalho científico. A homenagem foi feita pelo simbolismo maior que Venâncio encarnava, não anulava a referência a um modelo de formação que pretendia diferenciar-se do mero domínio de procedimentos técnicos (EPSJV, 2006, P. 35).

¹⁴ Comentário feito durante solenidade de transmissão de cargo na função de diretor(a) da EPSJV do Profº André Malhão para a Profª Isabel Brasil – Gestão 2009-13, realizado em 25 de maio de 2009.

¹⁵ Promovido em dezembro de 1987, num seminário cujo tema foi “Choque teórico da politecnicidade: uma utopia em Construção”. O qual contou com a especial participação de Demerval Saviani na condição de debatedor e interlocutor, do campo da educação, sobre a concepção de educação politécnica. Além de Saviani,

Diante desta missão, a fim de elaborar o projeto e concretizar seu objetivo, o ainda pequeno corpo de profissionais da escola buscou neste processo a apropriação de questões pertinentes ao conteúdo proposto nas proposições de uma educação politécnica, com especial atenção à articulação entre Escola e Trabalho (LIMA et al, 1998, p. 19). Para responder a estas inquietações é que foi organizado o seminário “Choque Teórico da Politecnia”, que representou a busca por ajuda de educadores para compreender as dificuldades que foram surgindo no processo, com o objetivo de tentar superá-las.

Destaca-se, neste início do Politécnico da Saúde, outro importante colaborador, na construção da perspectiva de formação técnica na área da saúde: O Professor Joaquim Alberto Cardoso de Melo, que a partir de 1987, ajudou no processo de formulação da proposta do Curso Técnico de Segundo Grau, através da organização e operacionalização da semana de estudos com profissionais da equipe que compunha a escola, através do qual teve início os estudos sobre o conceito de politecnia.

Além disto, junto com a equipe de professores da formação geral da qual fez parte, Joaquim ajudou na concepção do projeto 4ª série, que tinha por objetivo estabelecer os pilares de uma formação omnilateral para os alunos do Curso Técnico de Segundo Grau, integrando, através desta estratégia pedagógica, o trabalho, a educação e a saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2007).

A instituição do Politécnico da Saúde no âmbito das ações da Fiocruz simbolizava, como apontado por Frigotto (1988, p. 436), a inauguração de uma escola que claramente sinalizava para o desconforto daqueles que não se conformavam com “a sociedade excludente e a escola excludente” e que acreditavam “que de dentro da velha estrutura é possível arrancar um novo possível histórico”.

Uma proposta que se constrói como um projeto contra-hegemônico, contrapondo-se à perspectiva histórica do modo de produção capitalista, de colocar no âmbito do mercado as possibilidades de produção e de acesso ao universo do conhecimento científico. Tomando como eixo de seus pressupostos que o pensar e o fazer caminham juntos e que, neste sentido, não só são faces da mesma história, como a integram.

Estas questões implicaram no fato de que a viabilidade da Escola Politécnica, conforme apontado por Frigotto (1988, p. 436-7), estava inscrita “na compreensão profunda da ossatura e da natureza orgânica excludente e perversa da sociedade em que ela se instaura”.

participaram ainda deste debate como expositores, Miriam Jorge Warde, Nilda Alves e Zaia Brandão (Lima et al; 1998, p. 19).

O que torna a situação ainda mais delicada quando se apontada o fato de que esta perspectiva de perversidade, dentro do contexto histórico que a compreende, está situado numa sociedade capitalista incluída no rol dos países submissos e dependentes dos centros hegemônicos do capitalismo mundial.

Os pressupostos pedagógicos e o caráter político do projeto do Politécnic da Saúde Joaquim Venâncio era o que o distinguia dos demais projetos de formação em curso no contexto da educação no Brasil, especialmente no que se refere à formação de trabalhadores que atuam na área da saúde.

Conforme registrado no documento-base elaborado para a realização do seminário “Choque Teórico da Politecnicia – Uma utopia em construção”, desde sua criação, o Politécnic nasce dedicando-se “à elaboração de programas e projetos com o intuito de aperfeiçoar, treinar e/ou qualificar profissionais que atuam ou venham a atuar em serviços de saúde, principalmente da rede pública (municipal, estadual ou federal)” (LIMA et al, 1998, p. 19).

Esta iniciativa de promover a formação dos trabalhadores dos serviços da rede pública de saúde traduzia uma das principais marcas do projeto político que foi ganhando corpo no interior do Politécnic. Circunscrita em um princípio ético de seus pressupostos político-pedagógicos, de que a formação deste conjunto de trabalhadores deve se dar num contexto em que a saúde fosse assumida como um bem público, requerendo a organização de um sistema de saúde pautada pela participação de trabalhadores-cidadãos, como a resultante de uma política de estado.

Dessa forma o projeto de criação da Escola correspondeu, em seu início, ao estabelecimento do curso regular de segundo grau, que tinha por objetivo a qualificação de técnicos em determinadas subáreas do setor saúde e cuja implantação visava a consolidação plena do Politécnic como uma Escola Politécnica da Saúde (LIMA et al - 1998, p. 19).

Estas questões foram sendo equacionadas ao longo de todo o processo, para pouco a pouco incorporar a perspectiva sinalizada pelos pressupostos contidos na formulação política da proposta de educação politécnica. Segundo Amâncio Filho (1998, p. 2):

Conjugando atividades teóricas e práticas, as ações educacionais deveriam ser implementadas na convicção de que o profissional de nível médio não pode se restringir a mero executor de tarefas ou a simples consumidor de saberes, mas ser uma pessoa crítica, integradora e transformadora no seu trabalho cotidiano. Incorporando novas tecnologias, os conteúdos programáticos dessas atividades deveriam estar perpassados pelo debate sobre a ética profissional, o compromisso social e o necessário rigor que requer o trato da coisa pública (AMÂNCIO FILHO, 1998, p. 2).

Ao mesmo tempo em que se vislumbrava a materialidade de um projeto de educação integral, fundada, como sinalizado por Frigotto (1988, p. 444), “numa concepção omnilateral¹⁶ de homem. Homem que se produz mediante o trabalho, mas que este não se reduz ao trabalho produtivo material. Homem enquanto natureza, indivíduo e, sobretudo, relação social”.

Conjugado a esta perspectiva de formação integral apresenta-se a negação de um modelo de sociedade e de educação que é em si excludente, preconceituosa e discriminatória. Segundo Amâncio Filho (1998, p. 2):

O que se pretendia era dar concretude a uma concepção educacional localizada até então, em nosso país, essencialmente na esfera teórica e cuja transposição para o campo prático deveria remeter, necessariamente, a uma reflexão sobre o modo como a sociedade se organiza e se conforma na relação entre dominantes e dominados, [...]. A experiência não deveria se reduzir aos limites do espaço físico em que estaria ocorrendo, posto que sinalizadora de uma direção não circunscrita ao processo de aprendizagem, mas ter por horizonte *‘uma sociedade transformada’* (AMÂNCIO FILHO, 1998, p. 2).

É neste sentido que Frigotto (1988, p. 444) aponta que a politecnicidade busca “contrapor-se ao homem unilateral e a formação e educação dimensionadas sobre o especialismo, tecnicismo, profissionalismo”. Posto que para ele, “a politecnicidade implica a busca de eixos que estruturam o conhecimento organicamente, de sorte que faculte uma formação do homem em todas as suas dimensões” (FRIGOTTO, 1988, p. 444).

Estas são as características que fizeram do projeto político do Politécnico da Saúde, uma escola e uma escolha voltada para uma proposta de formação que pretendia como horizonte alcançar as possibilidades de materialização de uma proposta de educação emancipadora.

Tratava-se, portanto, de um projeto com uma clara opção política em favor da classe trabalhadora, na busca da superação das desigualdades oriundas do processo de exploração característico do modo de produção capitalista.

Vale a pena ressaltar que a proposta de educação politécnica na área da saúde reforça a perspectiva de rompimento com a estrutura excludente da sociedade de classes, que privilegia, de um lado, um modelo de educação e saúde às classes dominantes, mediadas pelo acesso às

¹⁶ A idéia de “*Omnilateralidade*” defendida por Frigotto (1988, p. 444) entendida como uma dimensão que envolve o “*trabalho enquanto arte, estética, poesia, lazer (mundo da liberdade)*”.

esferas tecnológicas da produção e, de outro, uma educação básica voltada, exclusivamente, para o fazer manual da produção e uma assistência básica de saúde, voltada para estratégias de manutenção dessa força de trabalho, marcas da dualidade característica das sociedades de classes. Conforme apontado por Kuenzer:

A dualidade estrutural configura-se como a grande categoria explicativa da constituição do ensino profissional no Brasil, legitimando a existência de dois caminhos bem diferenciados a partir das funções essenciais do mundo da produção econômica (KUENZER, Apud. ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006: P. 28).

Apesar deste contexto, o Politécnico da Saúde surge defendendo que assim como a saúde, a educação também é um direito cidadão e que, por isto, precisa ser universal. Preocupada com o modelo de formação técnica oferecida pelas escolas tradicionais, defende desde o início que, na perspectiva politécnica que embasa sua proposta curricular, esta deveria se dar de forma ampliada, como meio de fazer chegar ao educando não só os conhecimentos específicos para a prática profissional, mas também e fundamentalmente os condicionamentos históricos e sociais do mundo do trabalho em saúde, apropriando sua proposta pedagógica à modalidade de formação integral.

Instituiu-se, assim, a escola que buscava como projeto pedagógico a formação de um novo homem, voltado para uma sociedade democrática, justa e solidária. Esta era a forma de contrapor-se aos projetos de treinamento e reciclagem oriundos das políticas de capacitação do pessoal da saúde naquele período, conforme já apontava o documento de Diretrizes Básicas do Politécnico da Saúde (1985, p. 5):

A formação e a profissionalização de técnicos de nível médio para a Área de Saúde tem se traduzido, no âmbito do setor, em políticas de capacitação de pessoal que não pressupõem a profissionalização e que se materializam em forma de “treinamentos” organizados e implementados pelas próprias instituições de saúde; esses treinamentos consistem em componentes técnicos específicos organizados segundo variadas metodologias e visam reciclar o pessoal técnico em atividades e programas desenvolvidos pelos serviços. Já que não busca a profissionalização dos quadros técnicos, a nível dos serviços de saúde, essas políticas de capacitação de pessoal não pressupõem nenhuma alteração na estrutura do trabalho (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p. 5).

O documento ‘Diretrizes e Bases’ aponta que a proposta de organização do Politécnico da Saúde surge num contexto de completa ausência de profissionais qualificados, tanto do ponto de vista da educação formal, quanto para o exercício profissional das atividades de

saúde. Mostra que neste período aproximadamente metade dos profissionais de nível médio e elementar não haviam sequer concluído o nível básico de escolaridade (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985:p.6). Diante deste diagnóstico o documento aponta que:

Torna-se notória a incapacidade que o setor de Educação tem tido de responder às necessidades do setor Saúde, no tocante aos profissionais de nível médio, através da vida regular de ensino profissionalizante (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p. 6).

Entretanto, diante da necessidade de organização do SUS e na busca de encontrar uma resposta que fosse de caráter interinstitucional, em meados da década de 80, buscou-se articular todos os esforços do campo da educação com os da saúde, a fim de, em caráter alternativo e emergencial, qualificar um grande número de profissionais.

Na tentativa de superar o impasse e dentro de uma política de atuação interinstitucional, é celebrado o acordo interministerial (MS/MEC/MPAS/OPS) estabelecendo o “Projeto Larga Escala” com o objetivo de implementar um programa de qualificação profissional para o pessoal de nível médio e elementar da rede de serviços em todo o País (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p. 9).

O documento também sinaliza que os processos de reciclagens e treinamentos de pessoal realizados pelas instituições de saúde, não conseguiam obter êxito suficiente para reverter a situação e que, no máximo, adia a agudização do problema.

Este era o ambiente e o contexto político no período em que o Politécnico da Saúde foi proposto. Era a resposta do possível, para uma situação que se constituiu historicamente de forma falha, devido à baixa capacidade dos sistemas de educação e de saúde em formar trabalhadores capazes de satisfazer as necessidades do setor saúde, entendendo-se por formação “*o desenvolvimento profissional e intelectual do indivíduo, propiciando-lhe o desenvolvimento de suas potencialidades, como cidadão e profissional, com autonomia de pensamento e prática crítica e criativa, além de ser reconhecido pelo sistema formal de educação e do mercado de trabalho*” (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p. 10).

Neste sentido é que o Politécnico surge buscando canalizar o grande potencial existente no interior da Fiocruz, num contexto apropriado à estruturação de um órgão com as pretensões de construção de um projeto de educação politécnica, capaz de favorecer a promoção, de forma sistematizada e programada, da formação e qualificação profissional dos trabalhadores e técnicos de nível médio para o setor saúde.

O Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio vem ao encontro do potencial existente com o intuito de identificar e sistematizar cursos que possam ser oferecidos nas três áreas:

1. Tecnológica
2. Biológica
3. Saúde Pública (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p. 10)

Nasce como uma organização simples, Subordinado à Vice-Presidência de Ensino por ato normativo do Presidente da Fiocruz, Dr. Antonio Sérgio da Silva Arouca, e sustentava em sua composição a seguinte estrutura (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p.17-18):

1. Conselho Técnico Pedagógico
2. Direção:
 - 1.1. Diretor
 - 1.2. Vice Diretor
 - 1.3. Secretária
3. Coordenações de Cursos de Treinamento e Aperfeiçoamento:
4. Coordenação de Cursos de Formação
5. Coordenação de Estudos Pedagógicos
6. Secretaria Escolar

Buscando atender os objetivos propostos, o Politécnico procurou organizar os cursos em três distintas modalidades, a fim de favorecer um amplo raio de intervenções (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p.10-11):

1. Dar respostas de caráter de recuperação, buscando atender às necessidades de formação/qualificação dos trabalhadores com um grau mínimo de escolarização.
2. Atender às necessidades e demandas dos serviços e instituições de saúde que, em determinado momento, passassem por problemas específicos, necessitando de respostas específicas a fim de melhor qualificar as respostas de suas ações, bem como seu processo de trabalho.
3. Atender mais estritamente a concepção do Politécnico da Saúde, voltado à formação dos trabalhadores e não simplesmente a capacitação recuperadora do pessoal de nível médio do setor saúde.

Neste sentido o Politécnico foi instituído visando uma perspectiva que apontava para um modelo de organização do processo de formação profissional que buscasse permitir que,

num futuro próximo, as novas gerações de técnicos viessem a não mais precisar de ações emergenciais de capacitação, pois a idéia fundamental era compartilhar da responsabilidade pela formação do técnico e habilitá-lo para o exercício profissional, em razão de vivenciarem a oportunidade de desenvolver uma formação digna, à altura da complexidade dos serviços aos quais estariam inseridos (POLITÉCNICO DA SAÚDE, 1985: p.11).

[...] a criação de um espaço de discussão sobre Educação no interior do Politécnico foi fundamental para o desenvolvimento deste projeto. O debate sobre a formação profissional integral, síntese entre cultura e técnica, alicerçada numa sólida Educação Básica e dela indissociável, culminou na realização, em 1987, do Seminário Choque Teórico, cujas reflexões foram fundamentais para a consolidação dos princípios que estruturam o projeto ético-político e pedagógico desta Escola. Este afirmou a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como um espaço de criação, questionamentos, crítica e produção intelectual e material, comprometido com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde e com o desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, tendo o trabalho como princípio educativo (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 12).

Apesar de tudo, foi um início difícil, sem professores próprios e sem registro junto ao MEC e sem a necessária autonomia para dar viabilidade ao seu projeto, o que levou o Politécnico da Saúde à necessidade imediata de estabelecer parcerias.

Assim iniciou-se o trabalho de identificação dos recursos potenciais dentro das unidades da Fiocruz e a instituição de parcerias intra-setoriais através de convênio de cooperação técnica, principalmente com o campo da educação e, em especial, com a Secretaria Estadual de Educação e algumas de suas escolas, como os Colégios Estaduais Clóvis Monteiro e Gomes Freire de Andrade, a fim de tornar possível a oferta e certificação dos cursos técnicos.

Para se candidatar à seleção os estudantes tinham que passar pelo processo seletivo destas escolas conveniadas e através dos critérios de seleção que estas estabeleciam. Ao final do processo os melhores colocados poderiam então optar por estudar na Fiocruz. O vínculo era mantido entre estas duas escolas mantidas pela Secretaria Estadual de Educação - SEE e o Politécnico para efeitos de certificação. Além destas estratégias contou-se também com a sessão de alguns professores da SEE para compor parte do corpo docente dos cursos ofertados pelo Politécnico.

Desta forma teve início em 1988 as primeiras turmas dos cursos técnicos com habilitação nas áreas de Patologia, Histologia, Administração Hospitalar, Registro e Informações em Saúde e Vigilância Sanitária.

Desde os seus primórdios, suas ações não se limitaram à oferta de Cursos Técnicos, tendo também ofertado Cursos de Manutenção de Equipamentos Básicos para Laboratórios, Curso de Agente de Saúde em Alcoolismo, Curso de Auxiliar de Creches, Curso de Formação para Agentes de Saúde Pública, Curso de Registros Médicos e Estatísticas de Saúde, Além do Projeto Fazendo e Aprendendo, do Projeto Educar, do Programa de Vocação Científica – PROVOC e do Curso Supletivo de 1º Grau. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006: P.36).

Em 1989, dando um significativo passo rumo à autonomia de gestão, tornou-se Unidade Técnico-Científica da Fiocruz, com a denominação de Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Adotando a partir daí uma nova estrutura, conforme segue:

1. Conselho Técnico Pedagógico
2. Direção:
 - 1.1 Diretor
 - 1.2 Vice Diretor
 - 1.3 Secretária
3. Departamento de Aprendizagem e Qualificação - DAQ
4. Departamento de Formação no Ensino de 2º Grau
5. Departamento de Administração
6. Secretaria Escolar

Este novo contexto organizacional propiciou uma certa autonomia financeira que permitiu ao Politécnico a possibilidade de incorporação de alguns docentes contratados na condição de professores/horistas, com a função de complementar as ações realizadas pelo pequeno corpo docente da escola.

Neste mesmo ano, no período compreendido entre os dias 21 e 22 de setembro, foi realizado na sede do Politécnico o II Seminário “Choque Teórico da Politecnia”, como desdobramento do processo de formação do corpo docente e da construção da sua proposta pedagógica.

No início dos anos de 1990 surgiram novas parcerias que geraram outras propostas de trabalho, como a descentralização de alguns de seus cursos para as escolas e centros formadores das Secretarias Estaduais de Saúde de alguns estados, como o “Curso de Registros Médicos e Estatísticas de Saúde”.

Em 1993, através de um convênio estabelecido entre o Politécnico e o Centro Nacional de Epidemiologia - CENEPI, alguns projetos foram desenvolvidos, entre os quais uma pesquisa realizada em 1993 sobre “O Perfil dos Trabalhadores no Campo da Vigilância em Saúde”, envolvendo três municípios em seu trabalho de campo: Angra dos Reis, Niterói e Rio de Janeiro.

Em 1994, contando com o apoio financeiro do “Programa de Apoio à Reforma Sanitário – PARES”, foi realizado uma primeira publicação na forma de ‘Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica – Material didático para profissionais de saúde de nível médio.

Os sinais de crescimento do Politécnico tiveram desdobramentos, ainda em 1994, com a implementação de duas mudanças estratégicas instituídas com o ‘Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico – PAETEC’:

- A implementação da pesquisa como parte da atividade docente em busca de atribuir maior coerência na prática docente como uma estratégia de construção de uma maior aproximação com a perspectiva do projeto de politecnia;
- A mudança de vínculo dos professores que atuavam como horistas, para uma outra forma de contratação que foi instituída pelo PAETEC, através de um sistema de bolsas que foi viabilizado pela Fiocruz através de um convênio de cooperação técnica junto a FAPERJ (Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro), que permitiu a absorção dos docentes na condição de professores/pesquisadores;

O PAETEC representou no âmbito das ações da Educação Profissional uma política que significou uma importante mudança no processo de produção intelectual do corpo docente, ao estimular, através da indução, a incorporação e o desenvolvimento da pesquisa científica como uma fonte de formação destes profissionais, além de passar a constituir parte da política de incentivo às atividades de pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Escola.

Neste mesmo período ocorreu também o incremento de uma reforma estrutural no âmbito da EPSJV, com a adoção de novos departamentos e criação de alguns núcleos de trabalho. Como resultado desta reforma estrutural o Departamento de Formação do Ensino de 2º Grau deu lugar ao Departamento de Formação Profissional em Ciência e Tecnologia – DFPC&T, que passou a agregar dois núcleos e um programa: Núcleo de Formação Geral; Núcleo de Biotecnologia e o Programa de Vocação Científica – PROVOC. O antigo Departamento de Aprendizagem e Qualificação – DAQ foi transformado em Departamento de

Formação Profissional para o Sistema de Saúde – DFPSS, agregando cinco novos núcleos, um laboratório e um grupo de trabalho: Núcleo de Processo de Trabalho e Educação em Saúde – NUPTES; Núcleo de Registro e Informações em Saúde – NURIS; Núcleo de Saúde Coletiva – NSC; Núcleo de Vigilância Sanitária – NUVSA; Núcleo de Desenvolvimento Gerencial – NDG; Laboratório de Manutenção de Equipamentos – LABMAM e o Grupo de Trabalho em Saúde Mental - GTSM.

O conjunto destas mudanças contribuiu para a formação de um ambiente mais satisfatório para a realização da atividade docente na EPSJV, na medida que atribuiu ao corpo docente a possibilidade de uma maior estabilidade para a execução de suas ações e para o amadurecimento do projeto político da escola.

Apesar de já se ter passado quase uma década da instituição do SUS, pela Constituição de 1988, somente a partir de 1996 se passou a ofertar um curso cujo objetivo era desenvolver uma proposta de qualificação dos trabalhadores de nível médio dentro dos marcos dos princípios políticos e operativos do SUS, dando-se início, a partir daí, à execução do Curso de Aperfeiçoamento sobre o Sistema Único de Saúde. Este fato serviu de estopim para que os demais cursos da escola passassem a incorporar em seus currículos os componentes sobre o processo de implementação e consolidação da gestão do SUS.

A partir de 1998 a EPSJV passou a produzir livros textos desenvolvidos pelos professores-pesquisadores e alguns parceiros externos. Esta experiência contou com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, através do Programa de Ampliação de Livros-Textos e Materiais Institucionais da Fundação Pan-Americana para a Saúde e a Educação – PAHEF/PALTEX, em função do qual foi desenvolvido a ‘Série Trabalho e Formação em Saúde’, com a publicação de sete livros em seis diferentes temas¹⁷.

Neste mesmo ano, foi desenvolvido no âmbito das ações do Politécnico a concepção e execução do ‘Projeto de Requalificação Profissional para Recursos Humanos de Nível Médio da Área Administrativa da Rede Hospitalar do Ministério da Saúde no Estado do Rio de Janeiro – Projeto GEREST’, através de um Convênio de Cooperação Técnica firmado entre a FIOCRUZ e o Ministério da Saúde¹⁸.

¹⁷ Textos de Apoio em Administração; Textos de Apoio em Políticas de Saúde; Textos de Apoio em Registro de Saúde; Textos de Apoio em Vigilância Epidemiológica; Textos de Apoio em Saúde Mental e; Textos de Apoio em Hemoterapia Vol. I e II.

¹⁸ Os cursos de atualização profissional foram organizados em seis áreas temáticas, conforme segue: Gestão de Recursos Humanos em Saúde; Gestão de Recursos Materiais; Registros e Informações em Saúde; Recepção e Atendimento ao Cliente; Gestão de Serviços Gerais; e Orçamento Público e Finanças.

A partir deste acúmulo de experiências, em 1999 a Escola Politécnica foi indicada pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA, para formular um Programa em âmbito nacional para qualificar cerca de 24.000 guardas de endemias pertencentes ao seu quadro de servidores que seriam disponibilizados aos sistemas locais de saúde em atendimento à Portaria 1399/99. Esta iniciativa levou o Politécnico à estruturação do ‘Programa de Formação dos Agentes Locais de Vigilância em Saúde – PROFORMAR (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010a), que mais tarde, com a incorporação dos trabalhadores vinculados aos municípios brasileiros, passou a ter como meta a capacitação de 85.000 trabalhadores do Sistema Único de Saúde – SUS envolvidos com operações de campo no controle de doenças, epidemiologia, vigilância e promoção da saúde.

O PROFORMAR teve uma importância estratégica na vida da EPSJV, pois lhe possibilitou, pela primeira vez, desenvolver um programa pedagógico em âmbito nacional, o que exigiu o esforço de partilhar esta experiência com um significativo número de instituições de saúde e da educação, como as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; as Escolas Técnicas e Centros Formadores do SUS, algumas Universidades e órgãos do Ministério da Saúde como a FUNASA; a Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS; a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA; a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e os órgãos de representação dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde representados pelo CONASS e pelo CONASEMS.

O PROFORMAR representou também uma estratégia fundamental às pretensões do Politécnico em tornar-se uma instituição de referência nacional para o campo da educação profissional na formação de trabalhadores de nível médio, bem como para os objetivos da politecnia na luta pela ampliação e universalização do acesso aos meios de produção do conhecimento e na defesa da estratégia pedagógica que toma como eixo da organização do ensino a construção da escola unitária, conforme elaborado pelos princípios defendidos por Gramsci.

Este programa foi importante também porque permitiu ao Politécnico desenvolver um conjunto enorme de estratégias pedagógicas em sua execução, tais como (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010a):

1. Implantação dos Núcleos de Apoio Docente – NAD’s, em todos os estados brasileiros, nos municípios sede das regiões de saúde, organizados como estruturas de apoio operacional das atividades dos tutores e dos alunos constituindo a base da Rede Proformar;

2. Adoção da modalidade de educação à distância conjugada com a realização de momentos presenciais para estímulo de níveis crescentes de saber técnico, científico, ético e político (Mix à distância X presencial);
3. Adoção da metodologia reconstrutiva, partindo dos conhecimentos previamente adquirido pelos alunos e da problematização de seu processo de trabalho, articulando teoria e prática e ensino-serviço-comunidade;
4. Adoção de um trabalho de campo no próprio território de atuação do aluno, tendo como ferramentas a elaboração de mapas e de fotografias como forma de registro dos processos contidos nos territórios.
5. Elaboração e produção de material didático próprio, contendo sete livros textos (correspondendo a cada uma das sete unidades de aprendizagem e seus três módulos); um guia para o trabalho de tutoria; um guia contendo a exposição das estratégias pedagógicas para o aluno; um caderno de atividades de campo e; quatro vídeos contextualizando teórica e conceitualmente o conteúdo programático do curso e as estratégias de execução do programa.

A idéia central da proposta pedagógica do PROFORMAR consistia em oferecer aos profissionais da vigilância em saúde a oportunidade de realizar, a partir do domínio dessas ferramentas, ações mais complexas, para que a partir de uma análise mais rigorosa da realidade, pudessem contribuir de forma ativa e criticamente para a melhoria das práticas sanitárias e da cultura de sua comunidade. Além de buscar desenvolver uma identidade profissional e uma maior autonomia para os trabalhadores (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010a).

O PROFORMAR consistiu na elaboração de uma estratégia e visava, a partir da implementação de uma formação inicial e continuada, trilhar o caminho para uma formação densa através da institucionalização de itinerário formativo para os trabalhadores da vigilância em saúde.

Na passagem do século, duas outras estratégias chaves para o trabalho do Politécnic são instituídas por iniciativa do Ministério da Saúde. Primeiro a criação da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS, instituída pela Portaria nº 26, de 21 de setembro de 1999 (D.O.U. de 22 de setembro de 1999); que ocasionou a criação, no âmbito da Escola Politécnica, da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010e) com a missão institucional de

produzir estudos e pesquisas sobre o trabalho técnico, a educação profissional e as políticas sociais de educação e saúde.

Um pouco mais tarde a criação da Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010b), como uma estratégia de articulação interinstitucional a fim de favorecer o trabalho das 37 Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS, através do incentivo à troca de experiências, à realização de debates coletivos e a construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Para a qual a EPSJV passou, desde então, a sediar a Secretaria Executiva de suas ações. A RET-SUS foi instituída como uma rede governamental criada por iniciativa do Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.298, de 28 de novembro de 2000 e que, um pouco mais tarde já no Governo Lula, ficou subordinada à Coordenação de Ações Técnicas do Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES/SGTES, com o objetivo de fortalecer a formação do pessoal de nível médio que atua na área da Saúde.

Estas duas estratégias foram adotadas pelo Politécnico como ações fundamentais na perspectiva de ampliação dos objetivos da Escola, na medida que possibilitavam tirar do isolamento o projeto de politécnia presente em sua Proposta de Projeto Político Pedagógico.

No entanto, a despeito deste rápido e acelerado crescimento das ações atribuídas à missão da EPSJV, um grande obstáculo insistia em dificultar a consolidação dos objetivos da politécnia, identificado na timidez e na insegurança de boa parte do corpo de docentes que nela atuam em defender seus princípios.

Em detrimento deste fato, a Escola Politécnica decidiu enfrentar o problema investindo na pós-graduação (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010f), através da abertura em 2003 de um Curso de Pós-graduação Latu-senso em Educação Profissional, concebido como uma estratégia de formação docente. O objetivo era proporcionar a aquisição de conhecimentos que possibilitasse uma ação docente crítico-emancipatória, em oposição à racionalidade utilitarista instrumental de que a educação profissional frequentemente é revestida, em função dos vínculos diretos e indiretos com o mercado. Entre as disciplinas da Especialização estão:

1. 'Políticas sociais de educação e saúde';
2. 'Novos modelos produtivos, educação profissional e trabalho em saúde';
3. 'Educação profissional no Brasil: questões atuais'; e
4. 'Concepções de currículo e educação profissional em saúde'.

Com isto o Politécnico foi, pouco a pouco, ganhando uma nova cara, que resultou num crescimento em qualidade e quantidades de suas ações no campo da educação e da saúde. Fatos que a levaram a lutar por melhores condições de trabalho para o conjunto de suas equipes.

Este novo contexto permitiu a realização de duas grandes mudanças na vida da escola, a aquisição de uma nova sede, inaugurada em 05 de agosto de 2004, com o tamanho dos desafios que lhe eram impostos e a adoção, em setembro deste mesmo ano, de uma nova estrutura organizacional. A vontade política de avançar com as respostas aos novos desafios foi instituída pela Portaria 013/2004-DIR/EPSJV, de 18/09/2004, que regulamenta o Regimento Interno da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010m).

O visível crescimento das ações da EPSJV exigiu a organização de uma nova estrutura, capaz de compreender suas novas ações. Após duas décadas de trabalho, o Politécnico, finalmente, começou a aproximar-se de um modelo de escola que fosse capaz de expressar seu projeto político. Em seu regimento interno a expressão de sua nova missão, conforme consta do Artigo 1º:

ARTIGO 1º – A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), Unidade Técnico-Científica da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), criada pelo Ato nº 095/85/PR, de 01 de julho de 1985, da Presidência da Fiocruz, com sede na cidade do Rio de Janeiro, RJ, na Avenida Brasil, 4365- Manguinhos, reger-se-á por este Regimento Interno, pelo Estatuto da Fundação Oswaldo Cruz e pela legislação específica vigente, tendo por finalidade a:

- I – capacitação de recursos humanos e ensino em nível técnico e profissionalizante nas áreas de saúde e de ciência e tecnologia, em suporte às necessidades do Sistema Único de Saúde;
- II – realização de pesquisas científicas e tecnológicas nas áreas de educação e de saúde; e
- III – assessoria técnica ao Sistema Único de Saúde e às instituições com atuação na área de saúde.

Parágrafo Único – As finalidades da EPSJV deverão ser alcançadas através da:

- I – Coordenação e implementação de programas de educação básica, de educação profissional e de pós-graduação lato sensu, em áreas estratégicas para a saúde pública e a ciência e tecnologia em saúde;
- II – Elaboração de propostas de política, regulamentação, currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais em educação profissional em saúde e educação em ciências na área de saúde; e
- III – Produção e divulgação de conhecimentos na área de trabalho, educação e saúde.

Através da publicação do novo regimento a nova estrutura deu vida às várias ações que foram sendo incorporadas ao escopo do trabalho e nas novas atribuições da EPSJV, como

a instituição da Coordenação de Cooperação Internacional; Coordenação da Secretaria Técnica da RET-SUS; Coordenação Editorial da Revista Trabalho, Educação e Saúde e; Coordenação de Comunicação, Divulgação e Eventos, todas subordinadas à sua Direção como órgão de assessoria. Além disto foram também criadas novas Vices-direção, conforme segue:

1. **Vice-Direção de Desenvolvimento Institucional**, subordinando a Coordenação de Administração, o Serviço de Planejamento e o Serviço de Informática.
2. **Vice-Direção de Ensino e Informação**, subordinando a Coordenação do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, a Coordenação Geral do Ensino Técnico de Nível Médio em Saúde, a Coordenação de Desenvolvimento de Materiais e Tecnologias Educacionais em Saúde com o Núcleo de Tecnologias Educacionais em Saúde e a Secretaria Escolar.
3. **Vice-Direção de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico**, subordinando a Coordenação dos Programas de Apoio à Pesquisa Estratégica e Desenvolvimento Tecnológico (Inclusive o PAETEC), a Biblioteca Emília Bustamante (Incluindo a Biblioteca Virtual de Educação Profissional em Saúde).

Nesta nova estrutura os Departamentos e os Núcleos de Trabalho foram extintos, dando origem a uma nova forma organizacional baseada em Laboratórios que passaram a agregar as atividades finalísticas de acordo com as várias áreas de atuação da EPSJV, conforme segue:

1. Laboratório de Educação Profissional em Atenção em Saúde;
2. Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde;
3. Laboratório de Educação Profissional em Informações e Registros em Saúde;
4. Laboratório de Educação Profissional em Manutenção de Equipamentos de Saúde;
5. Laboratório de Educação Profissional em Técnicas Laboratoriais em Saúde;
6. Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde;
7. Laboratório de Formação Geral na Educação Profissional em Saúde;
8. Laboratório de Iniciação Científica na Educação Básica; e
9. Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde.

Em agosto de 2004 a EPSJV foi credenciada como Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde para a educação de técnicos em saúde (ESCOLA

POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010c), em reconhecimento à sua capacidade de elaborar projetos de política, regulamentação, currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais voltados para a formação de técnicos em saúde e, ainda, por produzir e divulgar conhecimentos na área de trabalho, saúde e educação (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010d).

Com o amadurecimento do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico – PAETEC, o campo da pesquisa assumiu um novo sentido sendo adotado na EPSJV como um princípio educativo, passando a constituir linhas de pesquisa que *“partem da premissa de que o conhecimento é construído sócio-historicamente, em movimento marcado por continuidade e ruptura”* (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010g).

Em função deste amadurecimento, seu corpo docente passou a participar da disputa, com sucesso, de vários editais promovidos por entidades de fomento à pesquisa e como resultante deste processo cresceu no âmbito da escola o número de publicações de trabalhos científicos, os quais favoreceram a organização da Série ‘Estudos de Politecnia’, através da qual parte desta produção passou a ser publicada.

Adotada no Politécnico como um princípio educativo, a atividade de pesquisa passou a influenciar também a formação do corpo discente através de várias estratégias que foram sendo incorporadas às suas ações. Através dela a iniciação científica ganhou peso com a criação do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura – PTCC, através do qual a produção dos alunos sob a forma de elaboração de monografias de conclusão de curso ganhou uma forma própria de registro, através da publicação de parte dos muitos trabalhos desenvolvidos pelos alunos, com a instituição da ‘Série Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde – Articulando Trabalho, Ciência e Cultura’.

Um pouco mais tarde, em setembro de 2005, a EPSJV tornou-se sede da Secretaria Executiva da Rede Internacional de Técnicos de Saúde – RETS (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010h), que juntamente com a função de Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde, fizeram deslanchar sobre a escola uma quantidade enorme de atividades de cooperação técnica no âmbito internacional que passaram a ser desenvolvidas em parceria com vários países do continente americano e dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa – PALOP (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010d).

Com crescimento das atividades de pesquisa na EPSJV, foi instituído um Comitê de Ética em Pesquisa, criado em 19 de dezembro de 2006 (pela Portaria n.º 018/2006 DIR-

EPSJV) e autorizado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 10 de abril de 2007 (Cf. Ofício n.º 583) com o objetivo de dar vazão a produção, tanto do corpo docente, bem como das atividades desenvolvidas pelo corpo discente.

Nessa trajetória, outro desafio no campo da pós-graduação era a possibilidade da organização de um Curso de Mestrado que pudesse adensar e solidificar a formação do corpo docente do Politécnico e das demais instituições formadoras no campo da educação profissional em saúde, em especial, das Escolas Técnicas e Centros Formadores de Recursos Humanos do SUS.

Este desafio teve início em 2008 com a abertura da primeira turma de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, cujo objetivo é *“formar profissionais das áreas do Trabalho, da Educação e da Saúde, para a produção de conhecimentos científicos, o desenvolvimento de pesquisas e o exercício da docência em Educação Profissional em Saúde”*, fundamentando-se em *“estudos das áreas de Educação e Saúde, com a mediação do Trabalho, caracterizando a interdisciplinaridade da área de educação profissional em saúde, visando à compreensão e ao enfrentamento da realidade concreta das escolas e dos serviços de saúde”* (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010f).

As medidas adotadas pelo Politécnico ao longo desta década fizeram com que a produção intelectual de seus quadros saltasse de maneira extraordinária. Além da coleção ‘Trabalho e Formação em Saúde’ e dos livros do Proformar, a EPSJV passou a contar também com a edição das Revistas ‘Trabalho, Educação e Saúde’ e ‘Poli’; além dos livros da Série ‘Educação Profissional e Docência em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde’; da Série ‘Estudos de Politecnia e Saúde’; da Série ‘Iniciação Científica na Educação Profissional em Saúde: Articulando trabalho, ciência e cultura’; das edições do ‘Arte e Saúde’; da Série ‘Conceitos e Métodos para a Formação de Profissionais em Laboratórios de Saúde’; do ‘Dicionário da Educação Profissional em Saúde’; das edições ‘Temas do Ensino Médio’ entre muitos outros.

O projeto do Politécnico da Saúde passou por modificações necessárias na medida em que a proposta de formação de técnicos de nível médio em saúde não se restringiu a adaptações curriculares, muito menos a acertos legais. O projeto tinha claramente um sentido político onde a prática não fosse administrada como uma atividade estanque, alijada das discussões teóricas; onde não houvesse a desvinculação entre o saber e o fazer, entre o trabalho manual e o trabalho intelectual (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006: P. 32).

Com isto, o projeto de politécnia no campo da saúde foi ganhando forma e conteúdo e aos poucos vai deixando de ser projeto para começar a torna-se realidade, uma realidade forjada na luta cotidiana de construção e solidificação de um projeto político que busca uma outra realidade, expressa por uma sociedade mais justa, mais humana, menos desigual e para todos.

5.2 SEU PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO

A consolidação da proposta de Educação Politécnica

... A partir da década de 1990, o PPP se constituiu - ou teria por meta realizar-se nesta direção - em um documento de elaboração coletiva, onde a comunidade escolar tem a oportunidade de trazer sua palavra, expondo, tanto sua dimensão política, como epistemológica. No processo de elaboração deste documento se inscreve não só a concepção acerca do conhecimento, seu reflexo e concretização na prática pedagógica, como também a imbricação existente entre a ação educativa e o projeto político de nossa sociedade. O PPP ganha, então, um status singular, constituindo-se num artefato que delinea sentidos sobre a dimensão política do fazer educativo no interior da escola pública (STAUFFER, 2007, p. 34).

Apesar das muitas idas e vindas, fruto das muitas experiências pedagógicas no interior da Escola Politécnica, seu Projeto Político Pedagógico (PPP) somente ganha materialidade, sob a forma documental, no ano de 2005, traduzindo o esforço coletivo de seu corpo técnico e científico e a vontade política presente na gestão da EPSJV.

Considerado pela EPSJV um projeto sempre inacabado, o PPP buscou consolidar e traduzir de maneira singular as concepções e a organização das atividades de ensino, pesquisa, cooperação técnica e o desenvolvimento institucional da escola.

Nele estão marcados os compromissos da escola com a Educação Profissional em Saúde, em nível técnico e de formação inicial e continuada, voltada para uma formação ética, política e técnica. Com essa finalidade são realizados cursos e pesquisas e traçadas cooperações técnicas em níveis nacional e internacional (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005, p. 7). Em seu texto temos a afirmação da proposta de formação contida no projeto:

A proposta de uma formação politécnica em saúde qualificada e crítica é construída em dois eixos principais: a formação dos jovens e maduros trabalhadores do sistema de saúde e da C&T e a formação docente para a área de Educação Profissional. A

preocupação com a formação de quem educa o trabalhador se traduz nesta Escola na figura do professor-pesquisador - através do Programa de Aperfeiçoamento do Ensino Técnico - PAETEC - e no Programa de Pós-graduação Lato Sensu em Educação Profissional (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 7).

Embora seja recente a materialização deste PPP, a dinâmica das atividades realizadas pela EPSJV já o torna desatualizado, em virtude das várias mudanças que vem sendo processadas no âmbito de suas ações, como, por exemplo, a organização no programa da pós-graduação, que incorporou o curso ‘stricto sensu’ de mestrado profissional em educação profissional em saúde, como possibilidade de desdobramento da iniciativa de formação de quem educa e que ainda não se encontra registrado no corpo deste documento.

O Politécnico é uma escola que busca promover uma formação do homem integrada ao processo de formação social, o que requer uma prática pedagógica capaz de explicitar as diferentes concepções de compreensão do mundo e dos projetos societários a que estão inseridos. Por conceber a educação como projeto de sociedade é que a EPSJV se afirma como:

[...] A educação como projeto de sociedade. Neste sentido, é defensora de uma concepção politécnica que dialoga com as circunstâncias societárias atuais e, deixando explícita a sua concepção de mundo, compreende que o trabalhador se educa no conflito e na contradição, e que a aquisição, pela classe trabalhadora, dos saberes elaborados pela humanidade serve de instrumento para a luta contra a divisão social do trabalho e a dominação” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 7).

Assim, aponta como uma das bandeiras de sua luta, o direito de acesso a todos os trabalhadores a “*uma educação básica, como essência para um processo de formação dos profissionais de nível médio e fundamental que os possibilite tornar-se dirigentes*” (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 11).

Desta forma busca apoiar a educação profissional em saúde implementada nos estados e municípios do país, na busca de construir-se e legitimar-se dentro da finalidade para a qual foi criada. Sua atuação vem sendo exercida, principalmente através das seguintes ações (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 11):

- “Coordenação e implementação de programas de ensino em áreas estratégicas para a saúde pública e a C&T em saúde”;
- “Elaboração de projetos de política, regulamentação, currículos, cursos, metodologias e tecnologias educacionais”;

- “Produção e divulgação de conhecimento na área de trabalho, educação e saúde”.

No fundo, o Projeto Político Pedagógico da EPSJV é resultado de duas décadas de trabalho coletivo em busca de uma unidade pedagógica que fosse afinada com uma grande diversidade de estratégias que foram sendo construídas pelo conjunto de seus trabalhadores e colaboradores ao longo de sua existência. Neste sentido, o PPP é também o reflexo dos diversos conflitos contidos neste processo, que ao construir-se defronta com as contradições da sociedade de classes e com o modo de produção instituído pelo estado capitalista. Stauffer (2007) em sua análise nos traduz um pouco desta dimensão do que representa o PPP na vida da escola:

Diante disto, é importante reiterar que o PPP é um artefato que trará em sua superfície textual os conflitos, as divergências, produzidas pelo/no trabalho humano - que, no campo da Saúde e da Educação se constitui como trabalho, eminentemente, coletivo. Vamos, assim, produzindo uma “linguagem da vida real” permeadas pelos embates de um mundo capitalista, pleno de contradições, que busca a subordinação da classe trabalhadora à lógica do capital (STAUFFER, 2007, p. 14).

A afirmação do PPP como projeto contra hegemônico foi a forma através da qual a Escola Politécnica reafirma seus compromissos firmados como princípios políticos, éticos e pedagógicos quando instituído em 1985.

“A Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ Fiocruz) vem pautando sua luta, tanto no campo da Saúde, como no da Educação, na contra-hegemonia do raciocínio que subordina a classe trabalhadora aos mandos do capital” (STAUFFER, 2007, p.15).

Com as características de um projeto contra-hegemônico a EPSJV vai se consolidar enquanto ‘Centro de Referência em Educação Profissional em Saúde’. Trata-se, portanto, de um projeto pedagógico que se coloca na disputa política por um modelo de formação que se opõe e se faz distinto daqueles que contribuem para a consolidação e perpetuação da sociedade excludente.

Vários são os exemplos que confirmam a possibilidade da EPSJV consolidar seu papel de referência nacional na área de Educação Profissional em Saúde no Brasil, a saber: é a Secretaria Técnica da Rede de Escolas Técnicas do SUS (RET-SUS); coordena o Programa de Formação de Agentes Locais em Vigilância em Saúde (PROFORMAR) em todo território nacional; é Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde na área de Formação Técnica de Recursos Humanos em Saúde; coordena a Capacitação Técnica de multiplicadores em Registros de Saúde para a

implantação do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS); elabora a Cartilha de Eventos Adversos em Imunização; e obteve financiamento pelo PROEP/MEC para a construção predial de sua nova sede, inaugurada em 2004, pelo Presidente da República (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 12).

A educação profissional se afirma tendo o trabalho e a pesquisa como princípios educativos, em cursos que objetivam proporcionar aos profissionais da saúde uma Formação Inicial e Continuada, bem como a formação técnica de Nível Médio. Nesta perspectiva a escola coordena e executa projetos de ensino e pesquisa em diversas áreas do campo da saúde, como: Gestão; Vigilância; Atenção; Informação em Saúde; Análise Clínica; etc.

Como estratégia de sustentação da qualidade e da abrangência da Educação Profissional realizada pela EPSJV, a produção e a difusão de conhecimentos gerais das diversas áreas das Ciências se associam os conhecimentos específicos que estruturam a formação técnica. Com base neste princípio, algumas habilitações técnicas, principalmente aquelas voltadas para jovens em idade escolar, são cursadas de forma integrada e concomitante com o Ensino Médio (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 13).

O Projeto Político foi construído partindo da concepção de que a saúde e a educação são assumidas como práticas sociais, ou seja, decorrem e, ao mesmo tempo, são produtos da atividade humana, a partir da quais os conhecimentos técnico-científicos sobre o mundo se efetivam, tornando-se concretos.

Neste sentido pode-se afirmar que a proposta pedagógica contida no PPP da EPSJV é estritamente implicada com a formação de um tipo determinado de homem: Autônomo, crítico, reflexivo e comprometido com a construção de um projeto societário mais justo e mais humano. Um Projeto Político concebido a favor da classe trabalhadora.

A EPSJV constrói a sua proposta da educação profissional politécnica, na área da saúde, a partir de reflexões que não ignoram as contradições encontradas na materialidade do trabalho em saúde Trata-se de fundamentar essas reflexões em concepções teóricas sobre a saúde, o trabalho e a educação, e de observar no processo de trabalho em saúde a necessidade de formação para os trabalhadores desta área. Acrescenta-se a isto, a viabilização de propostas de modo a atenderem a atual legislação de ensino, porém, vislumbrando os espaços gerados pelas contradições nela existentes, como possibilidade de afirmar a formação da força de trabalho como um constructo engendrado pelas relações sociais (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 59).

Neste sentido, o conceito de educação profissional politécnica que a EPSJV adota, assume o seguinte ideário como principais pressupostos de sua proposta pedagógica,

conforme consta de seu PPP (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 63-64):

1. A educação profissional como parte significativa de um projeto nacional, baseado num conceito democrático de nação e de formação da força de trabalho em saúde pautada pelas relações sociais;
2. A todo trabalhador deve ser garantida a Educação Básica;
3. Este projeto nacional deve contemplar a defesa da Escola Pública;
4. A noção de politecnicidade que como traduz Saviani, (1987, 2003) postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois, são características intrínsecas e concomitantes no trabalho humano;
5. A idéia de politecnicidade implica uma formação que, a partir do próprio trabalho social, desenvolva a compreensão das bases de organização do trabalho de nossa sociedade;
6. A formação profissional não é estática, é processo de construção individual e coletivo, onde os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais;
7. Ter como projeto um currículo que, de acordo com as leis de ensino vigentes, já tenha as competências como referencial nessa perspectiva de valorização do saber do indivíduo, mas que também resgate a dimensão sócio-histórica, social mesmo da construção desse saber, não só psicológico;
8. A afirmação de que o conhecimento é construído socialmente e relacionado ao processo ensino-aprendizagem;
9. A contextualização significando partir do conhecimento que o trabalhador já tem, valorizar esse conhecimento por um outro lado, não pode significar ficar restrito a este contexto.

Os princípios contidos no PPP parecem apontar para um esforço contínuo no sentido de ultrapassar a simples tarefa de formar os trabalhadores inseridos em seus cursos, implica na construção de estratégias que possa permitir que a perspectiva pedagógica presente em seu projeto, venha a ser adotada como estratégica para a formação de todos os trabalhadores de todas as escolas como alternativa de construção de um projeto de nação comprometido com a construção de uma nova sociedade.

(...) O PPP, assim como outros documentos oficiais com este teor, não pode ser analisado apenas do ponto de vista técnico-pedagógico, mas deve ser objeto de uma apreciação atenta, sobretudo dos discursos simbólicos e ideológicos que lhe permeiam. Em outros termos, ao nos embasarmos numa perspectiva marxista, almejamos trazer para o interior deste texto a historicidade presente na elaboração destes espaços discursivos. Compreendemos os PPPs como produtos das relações sociais, ou seja, sua construção se inscreve no bloco histórico de uma determinada época. É a partir deste bloco histórico que poderemos vislumbrar como se estabelece a hegemonia de uma determinada classe social dirigente sobre as demais, delineando, assim, como seus interesses se convertem nos interesses da maioria da sociedade, justificando e legitimando o seu domínio. Em outras palavras, não podemos analisar os PPPs de forma estanque, independente, mas compreendê-los em sua totalidade, no sentido dado pela perspectiva materialista histórica (STAUFFER, 2007, p.16).

Neste sentido, o que podemos depreender é que a proposta da EPSJV tenta não dissociar o pedagógico do político. Desta forma defende que a formação da classe trabalhadora seja orientada no sentido de que esta seja garantida por meio de uma sólida educação básica integrada à educação profissional, na perspectiva de uma formação integral, que se realize através da escola pública organizada como um projeto nacional.

A fim de tornar possível este desafio, a EPSJV postula que o processo de trabalho se desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais como um processo de construção individual e coletiva, onde os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais e, principalmente, possam a partir disto construir uma nova realidade societária.

Portanto, projeto vem a designar um intento, um planejamento que, no contexto escolar, a partir da realidade presente, dos limites e possibilidades que se apresentam, nos lança na tarefa de criar um futuro diferente, uma utopia de realização de vida distinta da que temos por ora - portanto, constitui-se como um projeto político, na medida em que se elabora uma ação intencional, expressão de um compromisso comum (STAUFFER, 2007: 37).

Na EPSJV, o documento é a expressão da luta travada pelo coletivo da escola, como registro e memória, mas também como ação. O projeto é, ao mesmo tempo, registro histórico e proposta de ação, de um agir acumulado e de um agir que é agora, mas que também aponta para um agir futuro. E de acordo com Gadotti,

Um projeto político-pedagógico não nega o instituído da escola, que é a sua história, o conjunto dos seus currículos e dos seus métodos, o conjunto dos seus atores internos e externos e seu modo de vida. Um projeto sempre confronta esse instituído com o instituinte.

Não se constrói um projeto sem uma direção política, um norte, um rumo. Por isso, todo projeto pedagógico da escola é também político. O projeto pedagógico da escola é, assim, sempre um processo inconcluso, uma etapa em direção a uma finalidade que permanece como horizonte da escola (GADOTTI, 1998: 16. Apud STAUFFER, 2007, p. 41).

Portanto, o PPP não deve ser tomado como uma armadura que protegera a escola, pelo contrário, ele a expõe de um tal modo que transforma as suas ações numa prática social em torno de uma disputa política alicerçada por pelos pressupostos contidos no projeto pedagógico que a orienta.

Há, pois, dois momentos em sua configuração: o da concepção do projeto e, em seguida, a sua institucionalização e implementação. Esta dinâmica não é fácil, visto que pressupõe rupturas, períodos de instabilidades, um aventurar-se e um arriscar-se que não depende de vontades individuais, mas de um tempo institucional, político, tempo de sedimentar idéias - e de desconstruir idéias já sedimentadas (STAUFFER, 2007, p. 43).

Assim o Politécnico da Saúde se constitui numa escola, representando ao mesmo tempo uma escolha por uma opção política e pedagógica que traz como marca os pressupostos da polictenia como fundamentação de sua ação, tomando os campos da saúde e da educação como uma prática social em favor da transformação da sociedade num projeto societário que acolha e assegure uma perspectiva de vida mais humana, criando um novo horizonte para a vida da classe trabalhadora.

5.3 OS CURRÍCULOS DOS CURSOS DA ÁREA DE GESTÃO

O currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso. O currículo é autobiografia, nossa vida, curriculum vitae: no currículo se forja a nossa identidade. O currículo é texto, discurso, documento. O currículo é documento de identidade.

TOMAZ TADEU DA SILVA

Perseguindo a história e construindo a análise

Nosso principal objetivo é apresentar e discutir alguns pontos de tensionamento surgidos a partir da análise dos processos de consolidação da Habilitação Técnica em Gestão dos Serviços de Saúde, oferecida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio aos alunos que participam do Curso Educação Profissional Integrado ao Ensino Médio.

Na realidade, a análise parte do primeiro curso oferecido pela EPSVJ, em 1988, cuja habilitação técnica, considerada do campo da gestão, era em ‘Administração Hospitalar’. Para a partir da instalação deste curso, perseguir as várias formulações curriculares até se chegar à concepção do curso que passou a ser oferecido com a habilitação sob a denominação de ‘Gerencia dos Serviços de Saúde’.

A idéia principal é a de contrastar, a partir de uma breve análise dos currículos propostos no campo da gestão, como que estes foram concebidos em relação aos propósitos políticos e pedagógicos da concepção de educação politécnica em saúde.

Este primeiro curso foi oferecido inicialmente, através do então, Núcleo de Desenvolvimento Gerencial – NDG, com a instituição da Habilitação Técnica em Administração Hospitalar na modalidade integrada ao ensino do Curso Técnico de 2º Grau, de acordo com a Lei nº 5.692/72, vigente à época.

Apesar do movimento pela reforma sanitária brasileira na década de 80, que crescia e se corporificava cada vez mais a partir da realização, em 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o período em que o curso foi instituído no âmbito das ações do Politécnico da Saúde, era muito influenciado pela estrutura médico assistencial da previdência social, que hegemonicamente tinha na figura do grande hospital a configuração de seu modelo, simbolizado no interior do sistema público, pelas unidades do Inamps.

A escolha de um Curso Técnico com a oferta de uma habilitação profissional na área da administração hospitalar com o intuito de formar trabalhadores técnicos para atuar no campo da gerência dos serviços de saúde, não só estava de acordo com o contexto político e organizacional do sistema de saúde a época, como também representava claramente um movimento de inovação na linha da modernização da estrutura organizacional destas ações.

A importância do técnico de administração parecia fundamental, uma vez que se tratava, como ainda hoje, de um setor muito caracterizado pela ausência de mão-de-obra de nível técnico qualificada, sendo que as ações deste campo são desenvolvidas tipicamente por profissionais de nível superior, com destaque para a participação de médicos nos postos de direção e de administradores nas chefias dos serviços de gerencia, os primeiros ocupando os cargos responsáveis pôr dar a direcionalidade técnica das ações, enquanto que os segundos operando a coordenação dos serviços de suporte às ações finalísticas, subordinando um grande contingente de trabalhadores historicamente pouco qualificados, em função da quase inexistência de oportunidade de formação oferecida neste campo.

Trata-se de trabalhadores que naquela época chegavam ao serviço público, em sua maioria, na condição de auxiliares ou assistentes administrativos, inseridos nos vários serviços subordinados ao campo gerencial das organizações públicas de saúde, tais como almoxarifado, hotelaria, transporte, finanças, registro e informações, recursos humanos, compras, etc, os quais muitas das vezes não possuíam sequer um nível de escolaridade compatível com um mínimo exigível para o desempenho das funções a que estavam vinculados, quanto mais qualificação para o exercício profissional.

O curso técnico em administração hospitalar que foi oferecido pela EPSJV tinha o seu objetivo voltado para a formação deste conjunto de trabalhadores, representando uma tentativa de qualificar os serviços típicos do campo gerencial para a missão para os quais estavam destinados.

Ainda não havia, nesta época, uma clara consciência sobre os propósitos da reforma sanitária brasileira, apesar da coincidência do Curso Técnico de 2º Grau com a Habilitação em administração hospitalar vir a ser instituído no mesmo ano em que foi promulgada a Constituição Federal de 1988, instituindo a organização do Sistema Único de Saúde.

Não há dúvidas que são em razão destes fatos que se chega à proposição deste curso como um indicador das necessidades organizacionais do sistema de saúde, até então sob hegemonia do modelo médico-assistencial da previdência social. Pois, apesar das críticas elaboradas pelo movimento da reforma sanitária em relação ao perfil hospitalocêntrico do sistema público de saúde, ainda não havia sido concretizada, em sua plenitude, a proposta de organização de um novo modelo assistencial, baseado na organização de um sistema que privilegiasse as ações básicas de saúde como princípio fundamental e estruturante do sistema de saúde brasileiro. O que também não significa dizer que os hospitais não fossem mais ter um papel importante na organização do sistema, muito pelo contrario, sua manutenção era fundamental para o cumprimento de um dos princípios estruturante do SUS, para a promoção de seus objetivos que a integralidade das ações assistenciais.

Na contramão da história, por não reconhecer e incorporar imediatamente os principais pressupostos da reforma sanitária brasileira, o curso que conferia a habilitação técnica em administração hospitalar, ainda que representando uma significativa contribuição às possibilidades de melhoria do trabalho hospitalar com a perspectiva da formação dos trabalhadores de nível médio que atuavam neste campo, caminhava cheio de contradições inerentes ao contexto político e organizacional que envolvia o processo de concepção do sistema de saúde orientado por um novo modelo assistencial e às próprias formulações que

estavam sendo gestadas no interior da EPSJV que apostavam num modelo de educação e de formação dos trabalhadores proposta na perspectiva de uma luta contra a exclusão e a desigualdade imposta pela estrutura de classes da sociedade capitalista.

Apesar de enriquecido pela estratégia de integração com o corpo de disciplinas da educação básica do Curso Técnico de 2º Grau, o que na época sugeria uma formação ampliada, a grade curricular da habitação técnica configurava claramente um itinerário formativo voltado para as perspectivas de atuação que caracterizavam as ações do sistema tradicional de saúde, oriundo do modelo da Previdência Social, organizado através da estrutura do antigo INAMPS, sem considerar o contexto de mudanças introduzido com a criação do SUS, bem como com a perspectiva da politecnia.

Assim, a grade curricular composta pela estrutura da Habitação Técnica da 1ª turma que ingressou no Politécnico da Saúde era formada pelas seguintes disciplinas:

1. Fundamentos de Administração da Saúde, com um total de 72 horas-aula;
2. Administração Hospitalar, com um total de 288 horas-aula;
3. Legislação Hospitalar e da Previdência Social, com um total de 144 horas-aula;
4. Documentação Médica, com um total de 144 horas-aula;
5. Estatística, com um total de 144 horas-aula;
6. Psicologia e Ética Médico-Hospitalar, com um total de 216 horas-aula; e
7. Estágio Supervisionado, com um total de 288 horas-aula.

Um pouco mais tarde, já no início da década de 90, foi introduzida a disciplina ‘Processo de Trabalho em Saúde’, com um total de 288 horas-aula e o estágio supervisionado foi estendido para um total de 864 horas-aula. O que provocou a necessidade de um redimensionamento das demais disciplinas, fazendo com que a grade curricular ganhasse uma nova configuração, conforme segue:

1. Fundamentos de Administração da Saúde, com um total de 108 horas-aula;
2. Administração Hospitalar, com um total de 288 horas-aula;
3. Legislação Hospitalar e da Previdência Social, com um total de 144 horas-aula;
4. Documentação Médica, com um total de 72 horas-aula;
5. Estatística, com um total de 72 horas-aula;
6. Psicologia e Ética Médico-Hospitalar, com um total de 108 horas-aula;
7. Processo de Trabalho em Saúde, com um total de 288 horas-aula; e
8. Estágio Supervisionado, com um total de 864 horas-aula.

Estas mudanças indicavam um novo tom a partir do qual o curso passaria a sinalizar um novo modelo de formação, buscando refletir de forma mais ampla as ações características do campo gerencial em unidades hospitalares.

A introdução da disciplina ‘Processo de Trabalho em Saúde’, foi fundamental para esta nova concepção curricular adotada pelo curso. Pois ampliou de maneira significativa o escopo dos conteúdos próprios das atividades correlatas às ações gerenciais.

O ato de pensar o processo de trabalho a partir da realidade das organizações hospitalares fez produzir novas concepções sobre o modo como o trabalho encontrava-se organizado, ressaltando aspectos absolutamente relevantes para o planejamento das ações gerenciais.

Outro elemento extremamente importante deste processo foi a extensão do estágio supervisionado para 864 horas-aula, com a inauguração do projeto 4ª série, representando no âmbito das ações do curso, um avanço significativo na perspectiva do projeto de formação integral, à medida que permitiu introduzir nas atividades práticas de aprendizado profissional, um amplo espaço de reflexão sobre o processo de trabalho a que os alunos sob a atividade de estágio estavam subordinados.

Estas mudanças marcaram o início de um processo de transformações pelo qual o curso passaria nos anos da década seguinte. O que, infelizmente, numa tentativa de atender às novas exigências da legislação do campo da educação com a promulgação, em 20 de dezembro de 1996, da nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) Nº 9.394 e da regulamentação da educação profissional pelo decreto de lei nº 2.208, de 17 de abril de 1997, acabou levando à extinção do projeto 4ª série no âmbito das ações do Politécnico, o qual teve sua última turma iniciada no ano de 2.000 com o seu encerramento no ano de 2003.

Para a educação profissional, o decreto 2.208/97 era a consolidação de uma série de reformas liberais pelas quais a educação vinha passando. Na contra-mão das reivindicações os grupos progressistas ligados à educação e, especificamente, da concepção de politecnia, o decreto 2.208/97 separava a educação básica (ensino médio) da formação profissional (ensino técnico), formalizando, na letra da lei, a dualidade educacional que estabelece também na educação uma divisão de classes sociais. Pela concepção que embasou o referido decreto, naturaliza-se (ou, mais do que isso, incentiva-se) um sistema educacional orientado para formar, de um lado, a classe dirigente, premiada com o acesso a conhecimentos gerais, históricos, científicos e filosóficos, de quem se espera a continuidade dos estudos e o acesso à universidade, e, de outro a classe trabalhadora, a quem se ensina o fazer, e de quem se espera a reprodução de um “destino” de exploração já traçado pelo capital (GUIMARÃE, et al, 2010: 97).

Mas a EPSJV não sucumbiu ao dualismo imposto pela lei através do decreto 2.208/97 e não só manteve, como buscou formas de, aos poucos, solidificar as estratégias de integração entre o ensino médio e a educação profissional.

O processo de ajuste às novas exigências colocadas pelo campo da legislação, suscitou a necessidade de uma reformulação geral do currículo da habilitação técnica que era oferecida pelo então Núcleo de Gestão dos Serviços de Saúde – NUGES, nova nomenclatura assumida pelo antigo NDG.

Mas a nomenclatura não mudou apenas o nome deste núcleo de trabalho, no processo de reformulação do curso, que teve início em 2001, a habilitação foi reorientada para ‘Técnica em Gestão Hospitalar’, deslocando-se da perspectiva puramente da administração e ampliando seu escopo para o campo da gestão e do planejamento. A partir de 2003, foi ampliada saindo da perspectiva estritamente hospitalar para ganhar a dimensão de ‘Técnica em Gestão dos Serviços de Saúde’, já com uma franca aproximação com os pressupostos políticos e organizacionais do SUS.

Mas as mudanças também não foram apenas de nomenclaturas, podemos afirmar que este processo levou à concepção de um novo curso, com uma nova proposta curricular, muito mais coerente com os objetivos de formação de uma nova geração de trabalhadores, imbuídos de dar maior eficácia e efetividade aos novos pressupostos organizacionais do novo sistema público de saúde que estava em transição para a consolidação do SUS.

Com a nova concepção curricular em 2001, o curso passou a se estruturar então a partir de cinco eixos temáticos: ‘Administração e Planejamento em Serviços de Saúde’; ‘Política e o Quadro Sanitário Brasileiro’; ‘Produção e Disseminação de Informação em saúde’; ‘Ciência e Tecnologia em Saúde’ e; ‘Saúde, Sociedade e Cidadania’, além do estágio curricular e do trabalho de conclusão do curso com a elaboração e defesa de uma monografia.

Esta nova estrutura passou a vigorar com os seguintes componentes curriculares:

1. Administração e Planejamento em Serviços de Saúde:

- Teoria Geral da administração, com 52 horas-aula;
- Legislação em Saúde, com 24 horas-aula;
- Novas Tecnologias de Gestão em Saúde, com 24 horas-aula;
- Financiamento I, com 21 horas-aula;
- Financiamento II, com 36 horas-aula;

- Planejamento em Saúde, com 17 horas-aula;
- Abastecimento e Patrimônio, com 70 horas-aula;
- Serviços Gerais em Saúde, com 87 horas-aula.

Total de 331 horas-aula.

2. Política e o Quadro Sanitário Brasileiro:

- Comunicação em Saúde, com 35 horas-aula;
- Direito, cidadania e subjetividades, com 63 horas-aula.

Total de 98 horas-aula.

3. Produção e Disseminação de Informação em saúde:

- Informação em Saúde I, com 46 horas-aula;
- Informação em Saúde II, com 45 horas-aula;
- Avaliação dos serviços de saúde, com 35 horas-aula;
- Estatística, com 70 horas-aula;
- Informática em Saúde I, com 66 horas-aula;
- Informática em Saúde II, com 52 horas-aula.

Total de 314 horas-aula.

4. Ciência e Tecnologia em Saúde:

- Iniciação à pesquisa, com 31 horas-aula.

Total de 31 horas-aula.

5. Saúde, Sociedade e Cidadania:

- Sujeito nos serviços de saúde, com 52 horas-aula;
- Gestão do Trabalho em saúde, com 70 horas-aula.

Total de 122 horas-aula.

6. Estágio Curricular:

- Total de 476 horas-aula.

7. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia):

- Total de 232 horas-aula.

Desta forma o Curso Técnico passou a totalizar 1.604 horas-aula, distribuídas pelos três anos letivos de sua realização. Atendendo não só às novas exigências da legislação em educação, particularmente no que diz respeito à regulamentação da educação profissional, mas também às exigências da legislação em saúde na perspectiva de uma melhor adequação dos pressupostos do SUS.

Esta nova forma de conceber os pressupostos curriculares do Curso Técnico de Gestão de Serviços de Saúde, permitiu ao mesmo tempo incorporar os novos preceitos de organização do novo sistema público de saúde, concomitantemente à incorporação de outras mudanças tão importantes quanto à de concepção desta nova estrutura, derivadas de mudanças ocorridas tanto dentro quanto fora do âmbito do SUS.

Se de um lado o SUS apontava para a necessidade de reorganização do sistema com base numa política de descentralização de sua estrutura organizacional, com o objetivo de promover a organização dos sistemas locais de saúde, visando com isto criar mecanismo de acesso de uma nova clientela que passava a ser acolhida em virtude da ampliação do direito às ações e serviços de assistência, promoção de recuperação da saúde com a instituição da universalização do acesso como um pressuposto de cidadania; de outro lado isto exigia mudanças significativas nas práticas sanitárias em busca da organização de um novo modelo assistencial.

Ao mesmo tempo, foi necessário criar-se uma nova forma de olhar para trabalho em saúde, com a incorporação das discussões promovidas pela disciplina ‘Gestão do trabalho em saúde’, que buscou implementar uma forma distinta de conceber as questões relativas ao mundo do trabalho, daquelas concebidas em torno da visão estreita e reducionista das políticas de recursos humanos.

Além disto e nesta mesma perspectiva, foi trazido para o escopo do currículo em gestão, todo o debate em torno das teorias gerais da administração, ao mesmo tempo em que se incorporava a discussão sobre as novas concepções de organização do trabalho induzidas pela instituição de novas tecnologias.

O que passou a exigir a necessidade de compreender a emergência dos novos sujeitos e suas relações com a organização do trabalho e com a sociedade, que também passavam a ser concebidos dentro de um novo contexto de cidadania, com a concepção de um ‘estado democrático’ que emergiu com a promulgação da constituição de 1988.

Direito, cidadania e subjetividades ganham terreno num território que até então era dominado pelas perspectivas assistencialista das políticas públicas promovidas no âmbito de um Estado autoritário que reinou ao longo de significativa parte do século vinte no Brasil.

Comunicação e informação em saúde, assim como as estratégias de avaliação das ações e dos serviços de saúde, passam a ser componentes fundamentais deste novo currículo, como ferramentas que no âmbito da gestão, são extremamente importantes para o alcance dos objetivos institucionais.

A partir desta nova forma de concepção do currículo no Curso Técnico de Gestão, mudou-se completamente a forma de conceber as estratégias de gestão e planejamento do sistema e dos serviços de saúde. Primeiro, porque agora não se tratava mais de compreender apenas as questões relativas à organização hospitalar, pois o SUS passou a integrar os serviços de saúde, buscando dar aos cidadãos a possibilidade de uma assistência integral, o que implicou na necessidade de criação de sistemas de referência e contra-referência entre os serviços da atenção básica e as ações especializadas e destas com as ações da alta complexidade.

Financiamento, pessoal, contratação, compras, manutenção, abastecimento, serviços gerais, almoxarifado, hotelaria, zeladoria, segurança, transporte, etc. Tudo agora estava vinculado a uma nova forma de concepção da estrutura organizacional do sistema e dos serviços, que tinham como pressuposto a idéia de um sistema descentralizado, regionalizado, hierarquizado e com comando único em cada esfera de gestão, com o objetivo de atender ao conjunto de cidadãos brasileiros. Atendendo-os de forma integral e equânime em suas necessidades e respeitando o direito de acesso universal a todas as ações e serviços de promoção, assistência e recuperação da saúde individual e coletiva.

É claro que estas mudanças também implicaram na necessidade de que, ao mesmo tempo, fosse instituído um processo de qualificação do corpo docente que atuavam nos cursos de formação da EPSJV, na busca de atribuir uma nova identidade ao processo de formação proposto para o conjunto de profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde.

Compreender a legislação do SUS, com todo seu arsenal de portarias, normas e decretos, passou a ser uma necessidade essencial para a execução das ações propostas no processo de formação dos trabalhadores do campo da saúde, assim como para a instituição das novas práticas sanitárias exigidas pela concepção do novo modelo assistencial que se implantava.

Mas se por um lado, este processo marca as exigências do sistema para a concepção de um novo profissional crítico, autônomo e reflexivo, capaz de responder às necessidades organizacionais e de gestão do SUS, por outro lado, começou-se a perceber que do ponto de vista de uma formação humanística e politécnica, tal como esboçada no Projeto Político Pedagógico da EPSJV, continuávamos convivendo com algumas contradições.

Alunos e professores do Politécnico destacavam-se como sujeitos capazes de agir de forma diferenciada, contudo não estava claro o quanto dos pressupostos da politecnia haviam sido incorporados ao processo pedagógico de formação deste conjunto de trabalhadores qualificados pela EPSJV.

Em função disto, iniciou-se em 2004 uma nova etapa no processo de organização da proposta pedagógica no âmbito das ações do Politécnico. De um lado, com a instituição do Curso de Especialização em Educação Profissional em Saúde, como estratégia de formação dos docentes, particularmente, dos que atuam no Politécnico, mas também de docentes que atuam no âmbito da Rede de Escolas Técnicas do SUS – RET-SUS, o que mais tarde evoluiu também para a oferta do Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde; de outro, começou-se a pensar em novas formas de conceber os currículos da educação profissional nos cursos oferecidos aos alunos dos cursos técnicos, na busca de conferir a estes a possibilidade de uma iniciação ao estudo da politecnia.

Após um longo e denso processo de discussão sobre o tema da iniciação ao estudo da politecnia, os cursos técnicos oferecidos pela EPSJV, inclusive o de gestão, passaram a incorporar em seus componentes curriculares a disciplina ‘Iniciação a Educação Politécnica’ - IEP, que foi organizada a partir de quatro eixos temáticos: Trabalho; Política; Ciência e Saúde, conforme apresentado a seguir:

- **Eixo Saúde:** Concepções de saúde-doença; Relação Saúde, Território e Sociedade; Noções de epidemiologia e informação e; Modelos Assistenciais.
- **Eixo Política:** Concepções de política; Sociedade, Estado e Cidadania e; Políticas de Saúde.
- **Eixo Trabalho:** Dimensão histórica e ontológica do trabalho; Trabalho em Saúde e; Gestão e Planejamento.
- **Eixo Ciência:** Concepção de ciência; Conhecimento científico, senso comum e cultura; Metodologia de pesquisa e; Informação e saúde.

Integrado à proposta do IEP, associaram-se outras atividades: de um lado o que se denominou chamar de ‘Trabalho de Integração’ – TI, como uma nova estratégia pedagógica, com a finalidade de estruturar um trabalho de pesquisa, com atividades de campo, a partir de um tema da saúde. De outro, a estruturação de Oficinas de Textos com o objetivo de fortalecer a leitura e produção de textos científicos. Além destas novas estratégias pedagógicas, vem sendo desenvolvido no âmbito do Curso Técnico o que se denominou chamar de ‘Projeto Trabalho, Ciência e Cultura’ – PTCC, que tem por objetivo realizar o acompanhamento do processo desenvolvimento das monografias produzidas pelos alunos por meio da realização de seminários e orientações individuais até o momento da produção e defesa das monografias como requisito de conclusão do curso.

O ano de 2004 foi também muito marcado pelas mudanças propostas no campo da educação pelo Decreto 5.154/2004, com a função de regulamentar o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Este Decreto estabelece a possibilidade de integração entre o ensino médio e a educação profissional, já praticada pela EPSJV desde 1988 quando da criação do Curso Técnico de 2º Grau, ainda que sob a égide da Lei 5.692/71, a qual caracterizava a dualidade no ensino, reservando diferentes modalidades conforme a classe ou posição social de cada indivíduo na sociedade.

Durante sete anos, até a revogação desse decreto (2.208/97) por outro, de nº 5.154/2004, a integração que era proibida na matrícula d’oí exercitada, testada e aprimorada no currículo da EPSJV, num processo em que foi sendo construída e consolidada cada vez mais uma formação que não abre mão da integração entre trabalho, ciência e cultura. Nesse sentido, a EPSJV sempre atuou de forma contrária à dualidade que ainda precisa ser superada no sistema escolar brasileiro, reforçando as trincheiras da luta pela escola única, pelo ensino público e pela garantia do acesso às possibilidades educativas a todos os brasileiros, sem distinção pré-definidas. (GUIMARÃE, et al, 2010: 97).

Foi no contexto destas mudanças que o Laboratório de Educação Profissional em Gestão em Saúde – Labgestão (última denominação do grupo de trabalho que se iniciou com a instituição do NDG), passou a um novo e intenso processo de reorganização e reorientação do currículo do Curso Técnico em Gestão em Serviços de Saúde com a implementação das estratégias pedagógicas que foram instituídas na EPSJV com a introdução da Iniciação à Educação Politécnica - IEP.

Mas infelizmente não há apenas aspectos positivos marcando este processo de consolidação da proposta de formação técnica dos trabalhadores que atuam no campo da

gestão do SUS, pois no ano 2008 as escolas foram convocadas pelo Ministério da Educação e Cultura – MEC, para participar do fórum de construção do ‘Catálogo Nacional de Cursos’, o que implicou também na formulação de um currículo mínimo nacional, com o propósito de conferir maior unicidade e coerência aos inúmeros projetos de cursos que estavam sendo viabilizados pelas várias instituições de ensino, no âmbito da educação profissional. O que seria bom se a iniciativa estivesse vinculada a uma postura de ampliação das pontencialidades circunscritas a cada uma das várias experiências em cada ramo de atuação, mas, mais uma vez, o que se efetivou foi um processo de reducionismo das possibilidades de uma formação ampla e integral.

Além disto, outra perda observada para os cursos que compunham o campo da gestão em saúde, intimamente associada à postura reducionista, foi a mudança da nomenclatura de ‘Técnico de Gestão em Serviços de Saúde’ para o de ‘Técnico em Gerência de Serviços de Saúde’, sinalizando com toda a clareza e transparência, que a concepção do MEC de formação dos trabalhadores de nível médio, deve-se a uma política preconceituosa que postula uma visão pedagógica voltada para formação deste conjunto de trabalhadores como se estes estivessem circunscritos a ações de caráter puramente operacionais.

Se ao menos estas mudanças que foram proposta no processo de organização do ‘Catálogo Nacional de Cursos’ estivessem voltadas para a formatação de um campo profissional que viesse atribuir a estes trabalhadores o reconhecimento de um campo de atuação instituído a partir de um determinado corpo de conhecimento, como estratégia de profissionalização e qualificação do processo de trabalho neste setor da organização dos serviços, como um meio de tornar menos precárias suas relações de trabalho, talvez pudéssemos considerar isto um avanço, porém, mais uma vez o que vemos é o aligeiramento e a simplificação dos processos formativos. E no fundo o que se observa é um total descompromisso com a construção de uma formação sólida e consistente, capaz de tornar estes trabalhadores em sujeitos autônomos.

Contudo, apesar das mazelas encontradas no caminho, estes vinte e cinco anos de idas e vindas no processo de concepção, reorganização e reorientação das propostas de formação dos trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão do SUS, nos mostram o quanto que o Politécnico da Saúde se constitui como uma escola viva.

Embora os avanços alcançados até o presente momento na perspectiva da formação politécnica, muitos desafios ainda estão por se concretizar, posto que sua concepção somente

se realiza com uma profunda mudança na estrutura da sociedade com a instituição de uma sociedade menos desigual.

6 PERSPECTIVAS E POSSIBILIDADES PARA A FORMAÇÃO NO CAMPO DA GESTÃO DO SUS NO CONTEXTO DA POLITECNIA

Ao longo de seus 25 anos de existência, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) sabe que a história humana não é natural, que é preciso educar para a liberdade e para a emancipação, que o capitalismo é dinâmico mas, por definição, concentra riqueza social e promove pobreza e desigualdade. E que o horizonte de uma formação crítica, socialista e democrática é o norte necessário de nosso trabalho de todo o dia. Este princípio político e ético torna imprescindível pensar as rupturas e continuidades de uma certa tradição crítica na saúde e nos serviços e na formação dos trabalhadores de nível médio e fundamental da saúde no Brasil, o que implica uma crítica rigorosa ao mundo da mercadoria, com seus fetiches e formas de alienação, trabalhando no sentido de um conceito e uma prática de saúde que se afastem da visão nefasta do corpo humano, da doença e da cura como abstrações, mercadorias entre mercadorias, impessoais e desumanizadas. Cabe marcar, nesse sentido, a imensa distância que separa a figura do consumidor, de mercadorias e serviços, do cidadão, trabalhador, sujeito social qualificado, que participa de uma esfera democrática da produção de direitos, não apenas formais e retóricos, mas como realidade da vida cotidiana dos que vivem e trabalham no país (GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Neste sentido, analisar a proposta de politecnia no processo de formação dos trabalhadores de nível médio que atuam na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS, remete a dois desafios extremamente importantes:

1. O primeiro, ligado à própria proposta de trazer para o contexto de formação destes trabalhadores a perspectiva de uma formação politécnica, implicada no processo de repensar a estrutura social capitalista, num claro propósito de enfrentamento das desigualdades sociais geradas por este sistema;
2. O segundo, associado ao fato de que pensar a formação dos trabalhadores a partir deste postulado remete à idéia de verificar o quanto a proposta de organização do SUS corresponde às expectativas de consolidação de uma sociedade mais justa, para que a partir disto se possa pensar sobre os desafios colocados e identificar quais são os encontros necessários para atribuir a esta proposta de formação uma perspectiva de formação integral.

[...] Trata-se de entender o Currículo como um campo ideológico, de reprodução e ao mesmo tempo de resistência, em que o entendimento sobre ‘o que ensinar’ está definitivamente atrelado às relações de poder e à luta por um certo tipo de sociedade. Não há, portanto, idealização possível na leitura sobre a relação poder e currículo, ou sobre a hierarquização de conhecimentos nos planos pedagógicos curriculares

traduzidos no cotidiano dos processos de formação profissional, pois o Currículo é construído no conflito e nas contradições oriundas da construção social e histórica do conhecimento, passando sempre pelas concepções hegemônicas do mundo do trabalho (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 62).

A indagação que dá título à presente dissertação - Formar pra que? – teve, portanto, a pretensão de não apenas verificar os desafios presentes na proposta de formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão no contexto de organização do SUS, mas também de discutir e analisar a adequação desta formação na perspectiva da politécnica, posto que:

[...] Nos fundamentos da idéia de politécnica está a defesa dos trabalhadores, oprimidos como classe, e a superação do modo de produção capitalista – que é sempre protagonista, seja num dito Estado de Bem-estar Social ou num modelo neoliberal, em que os direitos são mais claramente suprimidos, seja no autoritarismo militar ou na exploração econômica pseudodemocrática. Falar em politécnica significa, portanto, na década de 1980 ou agora, 25 anos depois, compreendendo a materialidade histórica de cada momento, investir numa formação voltada para a liberdade dos trabalhadores e a construção de uma sociedade de democracia plena – aquela que só é possível na igualdade, como projeto coletivo (GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Ora, não se trata apenas, como muitos pensam, defendem e anseiam, de fomentar uma formação de qualidade na perspectiva de produzir serviços que sejam efetivamente eficazes do ponto de vista da produção e das necessidades do mercado. Antes, significa formar sujeitos que sejam capazes de compreender os homens em sua totalidade, em suas múltiplas dimensões. Um processo de formação que se traduza não na modelagem das ações, mas na produção de atos críticos e reflexivos, que permitam aos trabalhadores compreender a concepção e os fundamentos científicos do processo de produção da vida e que a partir dela possa intervir promovendo a necessária mediação para sua realização.

A marcante dualidade do ensino no Brasil, decorrente da histórica tendência em reproduzir a divisão de classes derivadas das relações sociais e de produção, responsáveis pela separação entre o pensar e fazer, o ensinar e o aprender, o ensino profissionalizante e o propedêutico, opondo a teoria à prática, permaneceu como a forma hegemônica da prática educacional que marca até os dias de hoje a nossa sociedade. E este talvez tenha sido o maior desafio e o maior entrave no caminho do projeto da politécnica, contra o qual o Politécnico segue lutando.

Há quem acredite ser possível tornar o homem eficiente e operoso, proporcionando-lhe as possibilidades de adquirir e desenvolver 'habilidades'. A técnica é indiscutivelmente necessária, mas a inteligência formada no trato dos problemas gerais (...) Permite uma melhor capacitação técnica e uma visão mais ampla da realidade (ANTUNES, Apud ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2006: p. 30).

Se por um lado a questão da formação de técnicos de nível médio se coloca como necessária ao combate dos problemas estruturais típicos do modo de produção capitalista, por outro a universalização do acesso a educação é fundamental ao enfrentamento das questões derivadas dos processos que geram as desigualdades sociais.

Em razão destas questões o Politécnico se debruça, desde sempre, a abraçar na proposta de formação politécnica a estratégia do ensino integrado como eixo estruturante de seu projeto pedagógico. Esta foi a forma encontrada para romper com a antiga dualidade fortemente presente no sistema de ensino brasileiro.

O esforço que vem sendo desencadeado no âmbito da EPSJV a fim de consolidar a perspectiva politécnica nos cursos da educação profissional que nela são organizados, caminha no sentido de promover uma proposta de formação alicerçada pelos pressupostos da formação humana, para a qual se toma o trabalho como um princípio educativo.

Na EPSJV, a educação politécnica é uma concepção que dialoga com as circunstâncias societárias atuais deixando explícita a sua visão de mundo. Entende que o trabalhador se educa no conflito e na contradição, e que a retomada, pela classe trabalhadora, dos saberes elaborados pela humanidade serve de instrumento para a luta contra a divisão social do trabalho e a dominação. Entende que a educação dos trabalhadores não deve ser reduzida ao domínio do processo de trabalho. Postula que o processo de trabalho desenvolva, em uma unidade indissolúvel, os aspectos manuais e intelectuais, pois são características intrínsecas e concomitantes no trabalho humano. Entende, por fim, que a separação dessas funções é um produto histórico-social, expressão da divisão social e intelectual do trabalho no marco do capitalismo (GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Neste sentido, como demonstrei no capítulo anterior, até o início do século XXI, o curso de gestão oferecido pela Escola Politécnica, já havia avançado bastante na perspectiva de alguns dos pressupostos da formação politécnica, na medida em que praticava uma proposta curricular que agregava estratégias como o ensino médio integrado à educação profissional e um rico e denso processo de iniciação a pesquisa para o corpo discente e de formação em pesquisa para o corpo docente através do PAETEC. No entanto, havia lacunas que apenas nesta última década começaram a serem mudadas pela incorporação de novas

estratégias pedagógicas que foram implementadas nos currículos e no processo de formação que passou a ser promovido.

O processo de formação de quem educa, iniciado em meados da década de 90 com a instituição do PAETEC, foi incrementado nos anos de 2000 pela realização da pós-graduação em educação profissional em saúde nas categorias Lato e Stricto-senso, o que permitiu trazer para o âmbito das ações da EPSJV uma maior massa crítica, não só pela nova capacidade de elaboração do corpo docente do ensino médio e da educação profissional, mas também pelas contribuições dos professores que passaram a atuar na pós-graduação. Estes processos têm contribuído de maneira significativa para a ampliação dos horizontes da politécnia no interior da EPSJV, na medida em que tem possibilitado ao seu corpo docente ganhar maturidade na implementação de sua proposta pedagógica. No Politécnico quem ensina também aprende e esta tem sido uma das principais marcas de suas características presente no seu projeto político-pedagógico.

Não há dúvidas de que sem este embasamento na formação dos professores o projeto de politécnia não ia muito além de um ensino, ainda que de qualidade, com as características que são marcadas pelo modelo hegemônico, de certa forma restrita a estratégias de ensino e aprendizagem de um projeto de educação que forma os trabalhadores tornando-os competitivos para o mercado de trabalho, sem romper com a lógica dominante de formação.

Estas mudanças na estratégia de formação do corpo docente têm contribuído para a adoção de novas estratégias curriculares na formação dos trabalhadores técnicos da saúde. Entre elas a incorporação da Iniciação a Educação Politécnica – IEP ao currículo do ensino médio integrado à educação profissional, que agregou, além dos quatro eixos temáticos que a orienta (Trabalho, Saúde, Política e Ciência e Cultura), estratégias como o Trabalho de Integração – TI, com o desenvolvimento de atividades de campo que contribuem com a realização do trabalho de pesquisa que tem como pressuposto o enriquecimento do processo pedagógico.

[...] Buscando fortalecer metodologias participativas de ensino-aprendizagem e a pesquisa como princípio educativo, implantou-se um novo dispositivo de ensino-aprendizagem denominado Trabalho de Integração (TI). O TI consiste na formulação de um processo de prática investigativa, apoiada por um trabalho de campo, sob orientação docente, que busca ampliar os cenários de ensino-aprendizagem dos alunos (PONTES; FONSECA, 2008, p. 565).

O IEP conta ainda com duas outras estratégias, a oficina de textos, que não só ajuda no desenvolvimento da habilidade de apreensão do conhecimento, como contribui, efetivamente, para o desenvolvimento da produção de textos em suas diferentes características: literário, jornalístico, científico, etc. A incorporação do Projeto Trabalho, Ciência e Cultura – PTCC também oferece a oportunidade dos alunos desenvolverem e aprofundarem a iniciação a pesquisa através da realização de disciplinas de metodologia científica como estratégia de contribuir com a qualificação do processo de concepção e elaboração das monografias de conclusão dos cursos.

No plano teórico, a perspectiva da educação politécnica ou tecnológica (sentido marxiano) não apenas traduz os elementos básicos de uma educação democrática e socialista mas, contraditoriamente, em termos capitalistas, é a que pode oferecer uma efetiva qualidade em termos de desenvolvimento no plano científico e tecnológico. Ou seja, não é mediante a fragmentação, diferenciação, especialismo e receituários fáceis de desenvolvimento de competências e habilidades para respostas ad hoc à noção abstrata de “mercado de trabalho” que preparam as gerações de jovens para desenvolver as atividades cerebrais (FRIGOTTO, 1999, p. 55 Apud GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Este novo contexto que passou a orientar as ações pedagógicas realizadas no âmbito dos cursos técnicos da EPSJV vem oferecendo a possibilidade de uma maior integração entre o conjunto das atividades que nela são desenvolvidas e promovendo, inclusive, uma maior aproximação entre os docentes vinculados aos diferentes campos de conhecimento, incluindo nesta perspectiva, uma integração mais qualificada entre as ações do ensino médio com as da educação profissional.

Apesar de ainda incipiente, o processo de implementação destas ações já tem produzido alguns frutos interessantes tanto na formação dos alunos dos cursos técnicos, quanto na formação do corpo docente, o que vem possibilitando a ampliação da perspectiva da formação politécnica, como, por exemplo, as publicações “Estudos de politécnica” e “Temas de Iniciação Científica”.

Trata-se da possibilidade de formar profissionais não apenas teórica, mas também praticamente num processo em que se aprende praticando, mas, ao praticar, se compreendem , os princípios científicos que estão direta e indiretamente na base desta forma de se organizar o trabalho na sociedade (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005: 64).

A aliança estabelecida entre o processo de educação e a aprendizagem prática no mundo dos serviços de saúde através da atividade de estágio no âmbito dos cursos técnicos,

assim como através dos exercícios realizados no trabalho de integração do IEP, é que tem possibilitado estabelecer os laços necessários para a apropriação do trabalho e da pesquisa como princípios educativos na EPSJV.

Trazendo para a experiência específica da formação em saúde, a prática realizada nos serviços é tida como elemento significativo e estruturante no currículo, porém, isso não significa que todas as fases do processo educativo se dêem nos serviços de saúde (GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Neste processo a formação não pode ser tomada como se ela pudesse se realizar de forma estática, mas sim como um processo individual e coletivo, através do qual os indivíduos se qualificam ao longo das relações sociais em que estão inseridos (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2005).

Neste contexto se faz necessário retomar a questão da politecnia na educação profissional como estratégia de formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão do SUS. Trata-se de trabalhar com as contradições de uma sociedade que, apesar da noção de avanço nos direitos de cidadania, a partir da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS com seus pressupostos de universalidade, equidade e integralidade ainda não se tornou possível a inversão política das principais características das relações fundamentais estabelecidas entre capital e trabalho. A vida dos trabalhadores em nada mudou, no sentido de que continuam sendo explorados e submetidos a formas de vida cada vez mais degradantes em virtude do modo como se encontra organizada a produção da vida na sociedade.

Neste sentido a formação de trabalhadores técnicos em gestão dos serviços de saúde numa perspectiva politécnica implica em dois desafios fundamentais: um ligado às formas de operar o sistema de saúde brasileiro, buscando manter e garantir os ganhos sociais conquistados pelos trabalhadores na luta que permitiu viabilizar esta forma de organizá-lo, preconizada pelos pressupostos do SUS e; outro, oferecer as ferramentas que permitam uma leitura crítica sobre os limites e possibilidades daquilo que é disponibilizado para a população e sobre a forma como os serviços são ofertados através deste sistema.

Pretende-se, na EPSJV, que esses alunos tenham acesso aos conhecimentos científicos que estão na base da técnica e que assim sejam capazes de ter uma visão crítica sobre o processo de trabalho em saúde, tornando-se também capazes de atuar no sentido de sua transformação (PEREIRA; RAMOS, 2006 apud PONTES; FONSECA, 2008, p. 560).

Assim, considera-se que embora o SUS tenha ampliado a noção de direito à saúde, nas condições sociais em que ele se encontra configurado, mais representa um mecanismo de distencionamento das relações sociais e de produção, como estratégia de controle da vida dos trabalhadores e de defesa dos interesses das classes dominantes, do que algo que possa significar um caminho para a emancipação. Embora se saiba que é na luta cotidiana do trabalho contra o capital que esta possibilidade de emancipação se anuncia.

Entendendo a educação na saúde como uma luta entre projetos antagônicos de sociedade, e ocupando espaços na defesa de uma educação voltada à emancipação, pautada por um projeto de formação humana contra a desigualdade e outras mazelas produzidas por essa construção histórica chamada capitalismo, a Escola Politécnica segue a sua trajetória, que é a história de um projeto coletivo a favor da classe trabalhadora. Neste caminho, que torna o pensamento utópico necessário para a criação do novo, se evidencia a permanência de todo um projeto voltado à educação e à saúde pública, a firmeza na defesa das idéias, o crescimento profissional dos sujeitos, o respeito pela diferença e o rigor crítico (GUIMARÃES, BRASIL e MOROSINI, 2010: 100-101).

É no sentido desta luta que a formação politécnica pode efetivamente contribuir, oferecendo as ferramentas que permitam o desenvolvimento de uma educação de caráter ético, político, ideológico e pedagógico para uma formação humana que possibilite a construção de uma consciência crítica por parte destes trabalhadores na busca da construção de um caminho emancipatório que leve a um novo projeto civilizatório, onde se garanta a igualdade como condição da existência humana.

[...] A Escola Politécnica tem se posicionado, ao longo desses 25 anos, a favor daqueles que defendem a construção de uma sociedade mais justa e igualitária, compromissada com o desenvolvimento da saúde e da educação pública como direitos da população brasileira (GUIMARÃES et al, 2010: 97).

Uma questão importante para a análise deste trabalho, deve-se ao fato de que a proposta de formação dos trabalhadores que atuam no campo da gestão estar implicada em projetos antagônicos em disputa, mesmo na saúde, uma vez que o SUS tanto pode atender a interesses contidos e oriundos do mercado, quanto aos interesses da cidadania; bem como no campo da educação, que tem, por um lado, a dualidade como marca do projeto hegemônico e, de outro, experiências como as que são vividas no âmbito de propostas curriculares como as que se tem na EPSJV.

Formar pra que? Parte exatamente destas questões cruciais, como uma indagação que tem por objetivo trazer para o debate sobre a formação técnica em saúde, as questões

referentes à que necessidades um projeto de formação, que tem as pretensões de promovê-la numa perspectiva politécnica, deve responder a fim de proporcionar o desenvolvimento de um projeto pedagógico que viabilize a possibilidade desta realização. E neste sentido, pautada no conceito de educação politécnica,

A EPSJV procura incessantemente trazer a politecnicidade para a atualidade, incorporando premissas como a pesquisa como princípio educativo e a educação da sensibilidade, dos sentidos e dos sentimentos. Estas premissas, articuladas à concepção de trabalho como princípio educativo, fundamentam um projeto político e pedagógico que luta contra um projeto historicamente hegemônico de formação de trabalhadores (PONTES; FONSECA, 2008, p. 560).

Entretanto, é necessário também trazer para o âmbito deste debate o fato de que, no Brasil, são poucas as experiências pedagógicas voltadas para a formação de trabalhadores técnicos em gestão dos serviços de saúde. Em função disto, recentemente o Labgestão realizou um Encontro Nacional¹⁹ com o intuito de deslanchar um processo de discussão sobre questões referentes à formação profissional em gestão em saúde, do qual participaram representantes das Escolas Técnicas e Centros formadores do SUS, bem como representantes dos setores responsáveis pela gestão de recursos humanos das Secretarias Estaduais de Saúde de todas as unidades federativas do Brasil, além de representantes de vários segmentos do Ministério da Saúde e dos Conselhos de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. A idéia principal era sensibilizar os gestores, tanto da saúde como da educação, para esta realidade. Entretanto, mesmo com o esforço realizado no âmbito da EPSJV, pode-se afirmar que a ambigüidade dos gestores do SUS caracteriza de forma geral os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde, especialmente os de nível médio e no caso em questão a insensatez daqueles que cumpriam, naquele momento, o papel de dirigentes do SUS não permitiu que este projeto fosse adiante.

Esta questão é agravada pelo fato de que, além da EPSJV, apenas três outras escolas da RET-SUS viveram até o presente momento a experiência de ofertar cursos com habilitação profissional no campo da gestão do SUS; sendo uma no nordeste, através da ET-SUS do Rio Grande do Norte e, as duas outras, também na região sudeste em Minas Gerais, através das escolas de Belo Horizonte e a de Montes Claros. Ou seja, a falta de oportunidade para que os trabalhadores do SUS esta intimamente associado à falta de oferta de cursos que sejam

¹⁹ “I Encontro Nacional da Educação Profissional em para o SUS, com o tema: (Im)pactos da Gestão na Formação dos Profissional em Saúde – De que Trabalhadores o SUS Precisa?”, realizado na EPSJV, nos dias 18 e 19 de junho de 2007.

organizados com o objetivo de formar profissionalmente trabalhadores de nível médio que atuam no campo da gestão a partir dos novos pressupostos de caráter político, ideológico e organizacional que foram propostos com a instituição do SUS.

Outra questão importante deve-se ao fato de que, relacionado a esta mesma problemática, não há no mercado de trabalho em saúde a configuração do posto de trabalho para técnicos de gestão e/ou de gerencia em serviços de saúde. O que agrega à luta política a necessidade de defesa do reconhecimento deste campo de atuação dos trabalhadores da saúde.

Apesar de vivermos num contexto em que o mercado de trabalho se configura por uma perspectiva de que emprego, trabalho, serviço ou tarefa, qualquer coisa serve, é de extrema importância pensarmos em projetos de profissionalização como estratégias de resistência e de luta, na construção de um projeto societário que se caracterize por uma outra configuração ética e profissional.

Parece até brincadeira (e de mau gosto), pensar que é possível promover mudanças tão profundas e até mesmo radicais, como as propostas pelo movimento da reforma sanitária, que não só implica numa nova concepção de organizar e operar o sistema de saúde, como também de promover uma nova concepção na forma de estruturar as perspectivas do modelo assistencial proposto no SUS, sem a promoção de processos formativos que permitam qualificar a ação dos trabalhadores a instituir no processo de trabalho capacidade de respostas à nova missão que vem sendo proposta para o SUS.

A EPSJV tem lutado nesta perspectiva, inclusive junto a RET-SUS, quando se coloca em defesa da escola unitária assim como internamente tem, através da formação do seu corpo docente, buscado um novo patamar de consolidação para seu projeto político pedagógico. Mas, será ainda necessário promover solidariamente a formação dos docentes que compõem o quadro de professores das ET-SUS que deve ser uma preocupação prioritária nos projetos da pós-graduação conduzidos pelo Politécnico.

Por outro lado, apesar de indicarmos os avanços possíveis no contexto do projeto político pedagógico da EPSJV, que tem caminhado numa perspectiva de ampliação da educação politécnica, se faz necessário apontar a necessidade imediata de retomada do projeto 4ª série, como uma estratégia fundamental para o alcance dos objetivos de uma formação que se pretende integral, sob o risco de se pagar um preço alto em virtude do achatamento curricular.

Apenas com o intuito provocativo nos colocamos a seguinte questão: será mesmo necessária a oferta de tantos cursos técnicos, de acordo com as necessidades que

reconhecemos nas operações do sistema e nas incapacidades impostas pela lógica do mercado, ou a formação politécnica pode oferecer outros caminhos?

Por fim, ficamos com as sábias orientações de Frigotto, que citando Bertold Brecht no Seminário Trabalho, Educação e Saúde - 25 anos de Formação Politécnica no SUS, quando nos diz:

Para o educador, a teoria deve ajudar a fazer a travessia nesta busca por uma outra sociedade, sem dogmatizar ou doutrinar. E, para concluir, citou Bertold Brecht: 'Na teoria, o caminho todo, na prática, um passo de cada vez'. Vinte e cinco anos de Escola Politécnica: um belo passo (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2010i).

7 CONCLUSÕES

A opção por revisitar o processo histórico de organização do sistema de saúde brasileiro foi essencial para o alcance dos objetivos deste trabalho, na medida em que nos permitiram mostrar com maior clareza os significados das mudanças promovidas em sua estrutura organizacional com a institucionalização do SUS.

A dificuldade encontrada na discussão sobre as questões referentes à formação de trabalhadores que atuam no campo da gestão do SUS encontra-se localizada justamente nas estratégias de reorganização do sistema de saúde, em função das mudanças que cunho político e ideológicos marcados por seus pressupostos organizacionais, pois não se tratava meramente de discutir a gestão pela lógica, pura e simplesmente, da administração dos serviços, mas de situar os novos sentidos embutidos na perspectiva de estruturação de um sistema com aquelas finalidades propostas pelo SUS.

A sinalização de que o sistema de saúde brasileiro tenha se organizado a partir de dois caminhos distintos e sem que se estabelecessem entre eles canais de comunicação e muito menos de integração com o objetivo de potencializar suas ações, foi considerado fundamental para o entendimento deste processo. O resgate desta história mostrou que um destes caminhos foi construído numa lógica em que as ações de saúde se estruturaram como ações do estado tendo por objetivo a proteção dos interesses do mercado, através da implementação de ações de saneamento, de higienização, de profilaxia, de vigilância e de imunizações. Outro caminho partiu da iniciativa privada das empresas e dos trabalhadores, como estratégia de promover ações de assistência à saúde dos trabalhadores, vindo a se configurar no modelo hegemônico ao longo da história de organização do sistema de saúde brasileiro, fundamental para a compreensão das mudanças instituídas com a criação do SUS.

A apresentação e análise do processo de institucionalização do SUS, pela Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), bem como o processo de organização operacional do sistema que se deu pela lógica normativa dos anos 90 e de 2000, nos ajudou a trazer à tona os sentidos das mudanças e os desafios propostos para o campo da gestão no SUS.

Não temos dúvidas de que estas mudanças foram fundamentais para a ampliação da noção de direito que se construiu neste processo com a criação do SUS, mas também não temos dúvidas dos limites da implementação desta proposta. Se a implantação do SUS foi boa para a população em geral pela perspectiva de ampliação dos direitos dos cidadãos, também

não deixou de ser um bom negócio para o mercado privado da saúde, que tem sido beneficiado com generosas fatias de lucro com a incapacidade do poder público de oferecer ações de atenção a saúde de maneira integral.

Estas são as contradições de um sistema de saúde que para alguns nasce de inspirações de cunho socialista, mas que para outros não passa de mais uma estratégia neoliberal de tratar os conflitos contidos nas relações sociais e de produção de uma sociedade burguesa. E este é um dos desafios a ser encarado pela proposta de educação politécnica no processo de formação dos trabalhadores.

Recuperar as contribuições daqueles que pensam as questões dos recursos humanos no SUS, bem como de alguns teóricos que nos ajudam a entender os processos de mudança, seja pela perspectiva institucional, seja pela cultura ou pela ideologia, nos permitiu compreender a precariedade organizacional do sistema com as suas múltiplas faces de perceber a cidadania dos trabalhadores da saúde, que oscilam de quase plena a quase nenhuma cidadania. Resultado de uma sociedade partida onde os direitos não são iguais nem entre os que produzem, quem dirá entre os que se colocam na condição de consumidores dos produtos deste trabalho. Neste sentido, não há cidadania plena, porque também não há para os trabalhadores da saúde a plenitude dos direitos cidadãos.

Estas são as questões que o projeto hegemônico que circula no campo da educação, e que tem na escola dualista sua centralidade, negam na formação dos trabalhadores. Daí os desafios da educação politécnica na construção de uma perspectiva integral de educação que esteja à disposição da emancipação da classe trabalhadora.

Por esta razão é que se torna fundamental apontarmos a importância de uma escola como a EPSJV, que tem no seu projeto político pedagógico a formação humana e a educação politécnica como o centro das orientações para a formatação dos currículos dos cursos voltados para a formação dos trabalhadores.

Sabemos que não basta haver uma ou poucas escolas que se dediquem à formação dos trabalhadores a partir destes pressupostos políticos, mas este é, sem dúvida, um bom início para a construção de um projeto contra-hegemônico que se coloque em favor da luta pela escola unitária e em defesa dos interesses da classe trabalhadora.

Reconhecemos que este trabalho é um registro desta luta e uma contribuição para a ampliação do debate no campo da educação e da saúde. Nosso desejo é que ele possa se desdobrar em outros trabalhos e em outras análises.

Como autor desta dissertação gostaria de vê-lo desdobrar-se futuramente no seguinte estudo:

“Educação Politécnica: Contrapondo teoria e prática pedagógica a partir da experiência de formação vivida no âmbito da EPSJV”.

REFERÊNCIAS

AMADO, Rodrigo. **A política externa no governo João Goulart**. São Paulo: Cultura Editores Associados, 2000.

AMÂNCIO FILHO, Antenor. Reflexões sobre uma Experiência de Educação Politécnica na Saúde. **Boletim técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, set./dez., 1998. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/bts/243/boltec243d.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2010.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Correa; PONTES, Ana Lúcia de Moura. **Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. (Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde; 3). p. 29-60.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. Relatório da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 09 a 14 de agosto de 1992: Municipalização é o Caminho. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1992. 43 p. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Histórico da Previdência**. Disponível em <<http://www.previdenciasocial.gov.br/conteudoDinamico.php?id=452>>. Acesso em: 3 ago. 2010.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde . Relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 198 p. – (Série Histórica do CNS; n. 2; Série D. Reuniões e Conferências; n. 16). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2010.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 02 a 06 de setembro de 1996: SUS - Construindo um Modelo de Atenção à Saúde para a Qualidade de Vida. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 91 p. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 17 a 21 de março de 1986: Saúde como Direito de Todos e Dever do Estado. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 1986a. 54 p. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Norma Operacional Básica 01/91.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. p. 28-29. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. **Decreto nº 4.682 de 24 de janeiro de 1923**: Lei Elói Chaves. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 2 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Recursos Humanos, 1. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Brasília, em outubro de 1986b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, NOB/Rh-SUS, Resolução n. 330, de 4 de novembro de 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/nob_rh_2005.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 12. Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sérgio Arouca), Brasília 07 a 11 de dezembro de 2003: Saúde um Direito de Todos e um Dever do Estado – A Saúde que Temos e o SUS que Queremos. Relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 232 p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 246 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 11 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 545, de 20 de maio de 1993a**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 15 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva. Brasília: MS, 2004. 51 p. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/agenda%20positiva.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Descentralização das ações de saúde**: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: MS, 1993b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_02.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2010.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS nº 01/96** - NOB-SUS 96 - publicada no DOU de 6/11/96, por meio da portaria n.º 2.203 e alterada pela portaria 1882 de 18/12/97.

BRASIL. Norma Operacional da Assistência a Saúde nº 1/2001 - NOAS-SUS 01/2001. Gabinete do Ministro. Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.

BRASIL. **Portaria n. 198/GM/MS, 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação. Permanente em Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2010i.

BRASIL. Portaria n. 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: <www.conass.org.br/arquivos/file/nt_202009.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2010j.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Disponível em: <

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 8.142, 28 de dezembro de 1990b**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000**. Disponível em: <

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 10 ago. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm>. Acesso em: 5 ago. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 5.692 de 11 de agosto de 1971**. Disponível em

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5692.htm>. Acesso em: 3 ago. 2010.

CADERNOS RH EM SAÚDE. Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 3. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v. 3, n. 1 (mar. 2006) . Brasília: Ministério da Saúde, 2006 - 188 p.

CADERNOS RH EM SAÚDE. Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, II, Brasília, ano 1, v. 1, n. 1, 1993.

CARTA DE MONTES CLAROS – Muda Saúde. IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Montes Claros, 1985. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2010.

CARTA DE OTTAWA; Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2010.

CARVALHO, A. I.; et al. Os Caminhos da Descentralização no Setor Saúde Brasileiro. **Saúde em Debate**, CEBES, v. 38, p. 49-54, 1993.

COHN, Amélia. O Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – Descentralização ou Desconcentração?. **Revista São Paulo em Perspectiva**, v. 1, n. 3, p. 55-58, out./dez. 1987.

CONASEMS: O Perfil do Conasems. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/cgi-bin/pagesvr.dll/Get?id_sec=16>. Acesso em: 6 ago. 2010.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Relatório do XIII Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde - O Município e o SUS: Transformando Práticas Políticas e Sociais, Mesa Redonda: “Gestão de Sistemas de Saúde - Problemas e Alternativas” - Os Grandes Nós Críticos: Recursos Humanos, Modelo Assistencial e Financiamento. Centro de Convenções Ulysses Guimarães, Brasília, 15-17 de maio 1997.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Sistema Único de Saúde. Publicações Técnicas, n. 2, ago. 1992.

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. “Carta de Montes Claros – ‘Muda Saúde’”. IV Encontro Municipal do Setor Saúde e III Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Montes Claros – 1985. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_montes_claros.pdf>. Acesso em: 2 ago. 2012.

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, “Para entender a gestão do SUS”. Brasília: CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/incentivo/manual/legislacao_sus.pdf>. Acesso em: 6 ago. 2012.

CORBUCCI, Mônica Maria Teixeira de Souza. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: da utopia à realidade. 1997. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 1997.

COSEMS-RJ. Conselho de Secretários Municipais do Estado do Rio de Janeiro. **Manual do Gestor do SUS**. Rio de Janeiro, 1997.

COSEMS-RJ: Conselho de Secretários Municipais do Estado do Rio de Janeiro. Manual do Gestor do SUS. Rio de Janeiro, 1997.

COSTA REIS, Lenice Gnocchi da, A Descentralização do Curso Técnico em Vigilância Sanitária e Saúde Ambiental – Uma Construção Delicada. **VOXPOLI**, Rio de Janeiro, n. 8, out/dez. 1999.

DAL POZ, Mário Roberto et al. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Políticas e Problemas, In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80**, ABRASCO/IMS - UERJ, 1994. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf>. Acesso em: 1 ago. 2012.

DUPRET, Lúcia. O Programa de Treinamento de Guardas Sanitários. **VOXPOLI**, Rio de Janeiro, n. 8, out/dez. 1999.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Politécnico da Saúde: uma conquista da democracia. Rio de Janeiro : EPSJV, 2006. 40 p.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO . Seminário Trabalho, Educação e Saúde - 25 anos de Formação Politécnica no SUS, realizado nos dias 18 e 19 de agosto de 2010, no Auditório da EPSJV. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NoticiaInterna&Num=142>>. Acesso em: 23 ago. 2010i.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO Regimento Interno – Documento Institucional. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV / Fiocruz. Rio de Janeiro, 18 de setembro de 2004. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Epsjv_RegInt>. Acesso em: 26 ago. 2010m.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Centro Colaborador da Organização Mundial de Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=OMS&Num=74>>. Acesso em: 2 ago. 2010c.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde, site Institucional da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde – ROREHS. Disponível: < <http://www.observatorio.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso em: 15 ago. 2010e.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Coordenação de Cooperação Internacional, site institucional. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=CoopInterApre&Destques=1>>. Acesso em: 11 ago. 2010d.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.posgraduacao.epsjv.fiocruz.br/index.php>>. Acesso em: 22 ago. 2010f.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Rede de Escolas Técnicas do SUS - RET-SUS, site institucional da RET-SUS. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br>>. Acesso em: 11 ago. 2010b.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Secretaria Executiva da Rede Internacional de Técnicos de Saúde – RETS, site institucional. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=203> PesqApre>. Acesso em: 22 ago. 2010h.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Termo de Referência em Pesquisa. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=PesqApre>>. Acesso em: 11 ago. 2010g.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Utopia, Trabalho e Democracia: Caderno Comemorativo dos 10 anos do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde. Organização do Departamento de Formação em Ciência e Tecnologia em Saúde; Coordenação Júlio César França Lima. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde, 1998. 108 p.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio: Diretrizes Básicas. Documento Institucional – Circulação Interna. Reprodução Gráfica Multi-Meios, Fiocruz. Rio de Janeiro, 1985.19 p.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Programa de Formação dos Agentes de Vigilância em Saúde – PROFORMAR, site Institucional. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/proformar/>>. Acesso em: 22 ago. 2010a.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. RET-SUS, História do Projeto ‘Larga Escala’. Disponível em: <<http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Escola>>. Acesso em: 24 ago. 2010j.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. **Trabalho, Educação e Saúde**: Reflexões de Joaquim Alberto Cardoso de Melo. Organizado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007.

FLEURY, Sônia. SUS. Reforma Sanitária e Recursos Humanos. Saúde em Debate, n. 48, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, setembro de 1995.

FRIGOTTO, Gaudêncio (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

FRIGOTTO, Gaudêncio, CIAVATTA, Maria. Educar o Trabalhador Cidadão Produtivo ou o Ser Humano Emancipado?. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.45-60, 2003.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação Profissional e Capitalismo Dependente: O Enigma da Falta e Sobra de Profissionais Qualificados. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 5, n.3. p. 521-536. nov. 2007 / Fev. 2007.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Concepções e Mudanças no Mundo do Trabalho e o Ensino Médio. In: FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA Maria; RAMOS, Marise (Org.). **Ensino Médio Integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A Dupla Face do Trabalho: Criação e Destruição da Vida. In: FRIGOTTO, G.; CIAVATTA, M. **A Experiência do Trabalho e a Educação Básica**. Rio de Janeiro; DP&A, 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **A produtividade da escola improdutiva**. SP: Cortez, 2001.
FRIGOTTO, Gaudêncio. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, Gaudêncio (org). **Educação e crise do trabalho: perspectivas de final de século**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. (Coleções estudos culturais em educação).

FRIGOTTO, Gaudêncio. Estruturas e Sujeitos e os Fundamentos da Relação Trabalho e Educação. In: LOMBARDI, José C., SAVIANI, Dermerval, SANFELICE, José L. (Org). **Capitalismo, trabalho e educação**. Campinas, SP: Autores Associados, HISTEDBR, 2002.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Formação Profissional no 2º Grau: em busca do horizonte da Educação Politécnica. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, Sessão Registros, v. 4, n.4, p. 435-445, out./dez. 1988.

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise. A Gênese do Decreto n. 5.154/2004: Um Debate no Contexto Controverso da Democracia Restrita. In: FRIGOTTO, Gaudêncio, CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Org.) **Ensino Médio Integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política**. 2010. 169f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Disponível em: <<http://www.obsnetims.org.br/adm/arq/tese/42506012.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

GIRARDI, Sábado Nicolau. Flexibilidade dos Mercados de Trabalhos e Escolha Moral. **Divulgação em Saúde para Debate**, RH no SUS – Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS, n. 14, CEBES, Londrina - PR, ago. 1996.

GRAMSCI, Antonio. **Concepção dialética da história**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1989.

GRYSCHER, Anna Luiza de F. P. Lins et al. Projeto larga escala: uma proposta pedagógica atual. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 196-201, jun. 2000.

GUIMARÃES, C.; BRASIL, I. e MOROSINI, M. V., Uma Escola Politécnica no Contexto Brasileiro. **Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de formação Politécnica no SUS**, Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. 306 p.

IANNI, Otávio. **A era do globalismo**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1996.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Projeto “(Im)Pacto da Gestão na Formação Profissional em Saúde: De que trabalhador o SUS precisa?”. Campus da Fiocruz, Rio de Janeiro, primeiro semestre 2007.

LIMA, Júlio César França; MALHÃO, André Paulo; CORTES, Bianca Antunes. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: Uma Utopia em Construção. In: LIMA, Júlio César França Lima. **Utopia, Trabalho e Democracia**: caderno comemorativo dos 10 anos do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde, 1998. 108 p.

LOURAU, René. **Análise Institucional**. Petrópolis; RJ: Vozes, 1996.

LUZ, Madel. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80, In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO/IMS - UERJ, 1994.

MACHADO, Cristiani Vieira. Contexto, Atores, Instituições: um estudo exploratório acerca das novas modalidades de gerência nos Hospitais públicos no município do Rio de Janeiro nos anos 90. Tese de Mestrado Apresentado ao Instituto de Medicina Social – IMS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro, 1999.

MACHADO, Maria Helena. As Profissões e SUS – Arenas Conflitivas. Divulgação em Saúde para Debate: RH no SUS. **Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS**, Londrina - PR, n. 14, ago. 1996.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores de Saúde: Um Bem Público. **Saúde em Debate**, n. 48, set. 1995.

MALIK, Ana Maria, et al. (Org.). Gestão de Recursos Humanos: para Gestores Municipais de Serviços de Saúde. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – USP, Série Saúde & Cidadania, São Paulo, 1998.

MARX, Karl. A Ideologia Alemã. In: A Ideologia Alemã e outros Escritos (Primeira Parte). ZAHAR Editores, Rio de Janeiro: 1965.

MATHIAS, Maíra. Trabalhadores de Nível Médio Cuidam da Gestão do SUS: Técnicos em Gestão de Saúde atua no planejamento, controle e avaliação das políticas públicas. **Revista POLI: Saúde; Educação e Trabalho**, Rio de Janeiro, p. 16-17. nov. / dez. 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: A Conformação da Reforma Sanitária e a Construção da Hegemonia do Projeto Neoliberal, In: **Distrito Sanitário: O Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde**, Hucitec / Abrasco, 1993.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a Saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida, In: CECÍLIO L. C. de O (Org.). **Inventando a mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117–160.

MÉSZAROS, István. **A Educação para além do Capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Rio de Janeiro/ São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1992.

NEVES, Lucia Maria W. **Educação e política no Brasil hoje**. São Paulo. Cortez, 2002.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e Flexibilidade – Tensão de Base nas Novas Políticas de Recursos Humanos em Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate: RH no SUS** Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS, n. 14, CEBES, Londrina - PR, ago. 1996.

NORONHA, José Carvalho de; LEVCOVITZ, Eduardo. AIS - SUDS - SUS: Os Caminhos do Direito à Saúde, In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. **Saúde e Sociedade no Brasil nos Anos 80**. Rio de Janeiro: ABRASCO / IMS/ UERJ, 1994.

NUNES, E. D. (Org.). Tendências e Perspectivas da Pesquisa em Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Uma Visão Geral. In: **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina**. OPAS, 1985.

O GLOBO. Agência Câmara. **Assembleia Nacional Constituinte faz 20 Anos**. 1 fev. 2007. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/pais/mat/2007/02/01/287649553.asp>>. Acesso em: 1 ago. 2010.

OLIVEIRA JUNIOR, Mozart de. Política de Administração de RH na Área de Saúde: Falência Total ou Novas Perspectivas?. **Divulgação em Saúde para Debate: RH no SUS: Questões Contemporâneas de Recursos Humanos no SUS**, n. 14, CEBES, Londrina, ago. 1996.

OLIVEIRA, Ramon de. Empregabilidade. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

OPAS. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2010.

PAIM, Jairnilson. Proposições para a política de recursos humanos no Brasil contemporâneo. In: PAIM, J. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1994. p. 14-21.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Dicionário da educação profissional em saúde** . 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEREIRA, Isabel Brasil. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. Uma Reforma Gerencial da Administração Pública. **Revista do Serviço Público**, Ano 49, n. 1, jan./mar. 1998.

PINHEIRO, Themis Xavier de Albuquerque. **O Trabalho e a Administração**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

PONTES, A. L. M.; FONSECA, A. F. Iniciação à educação politécnica: uma proposta de formação de técnicos em saúde. **Revista trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3. p. 559-569, nov. 2007/ fev. 2008.

RADIS: Revista TEMA. O SUS e a Reforma do Estado: O Estado que A Saúde Precisa. RADIS, 1997, O Ano da Saúde: Entre o Estado Mínimo e o Estado Necessário. Fiocruz, Programa RADIS, n. 14, Jul./97.

RAMOS, Marise Nogueira. Possibilidades e Desafios na Organização do Currículo Integrado. In: FRIGOTTO, Gaudêncio, CIAVATTA, Maria; RAMOS, Marise (Org.). **Ensino Médio Integrado: concepções e contradições**. São Paulo: Cortez, 2005.

RAMOS, Marise Nogueira. A Educação dos Trabalhadores e a Utopia da Plena Formação Humana. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Temas de Ensino Médio: Formação. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p 11-26.

RAMOS, Marise Nogueira. **A Pedagogia das Competências: Autonomia ou Adaptação?**. São Paulo: Cortez, 2001.

RAMOS, Marise Nogueira. Certificação de competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA Júlio César França. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 83-86.

RAMOS, Marise Nogueira. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, Educação e Correntes Pedagógicas no Brasil: Um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ, 2010, 290 p.

RODRIGUES, J. S. **A educação politécnica no Brasil: concepção em construção (1984-1992)**. Niterói: Universidade Federal Fluminense, 1993. Dissertação de Mestrado.

SANTANA, José Paranaguá de. Recursos Humanos: Desafios para os Gestores do SUS. In **Divulgação em Saúde para Debate: RH no SUS**, Londrina, n. 14, CEBES, ago. 1996.

SANTOS, Núbia Cristina. Reforma: A Hora da Verdade: a Reforma Administrativa dá Partida ao Processo de Reengenharia do Estado Brasileiro. Pública e Gerencial, **Revista do Gestor Público**, Ano 1, n. 1, 1999.

SAVIANI, Dermeval. **Sobre a concepção de politecnicidade** (Saviani, 1989), Rio de Janeiro: Fiocruz. Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1987. Trabalho apresentado durante o “Seminário Choque Teórico”, realizado no Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, nos dias 2, 3 e 4 de 1987.

SAVIANI, Dermeval. O choque teórico da politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, p. 131-152, 2003.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e Educação: Fundamentos ontológicos e históricos. **Revista Brasileira de Educação**, v.12, n. 34, jan./abr. 2007.

SCHOUTHEETE, Marc de; HERMAN Jaques; BRUYNE Paul de. **Dinâmica de pesquisa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

SENAC. **História do Serviço Nacional de Aprendizagem do Comércio**. Disponível em: <<http://www.senac.br/institucional/historico.html>>. Acesso em: 22 ago. 2010.

SENAI. **História do Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial**. Disponível em: <http://www.senai.br/br/Institucional/snai_his.aspx>. Acesso em: 25 ago. 2010.

SESC-MS. **Conheça o SESC - Serviço Social do Comércio**. Disponível em: <<http://www.sescms.com.br/institucionais/conheca-o-sesc>>. Acesso em: 26 ago. 2010.

SESI PR. **História do Serviço Social da Industria**. Disponível em: <<http://www.sesipr.org.br/FreeComponent61content68938.shtml>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

SESI. **História do Serviço Social da Industria**. Disponível em: <<http://www.cni.org.br/portal/main.jsp?lumChannelId=8A81818B146A9BCF01146AC23EDD2B39>>. Acesso em: 26 ago. 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**, 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

STAUFFER, Anakeila de Barros. A Dimensão Política da Escola Pública e o Projeto Político-Pedagógico. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. Estudos de politecnia e saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2007. p. 13-50. (v. 2).

TAVARES, Maria das Graças de Pinho. **Cultura organizacional: uma abordagem antropológica da mudança**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1993.

TEIXEIRA, Márcia. **Desenhos alternativos de incorporação e gestão do trabalho médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho**. 1999. 139p. Dissertação (Mestrado em saúde pública na sub área de concentração de políticas públicas e saúde)-Escola Nacional de Saúde Pública, 1999. Disponível em: <<http://portalteses.ict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1999/teixeiramm/capa.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2010.

Universidade Federal do Rio de Janeiro. **História do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho**. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

VILLA, Marco Antonio. **Jango: um Perfil (1945-1964)**. São Paulo: Editora Globo, 2007.